Nr. 33 i 34. 21. sierpnia 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. J. LENCZOWSKI, adjunkt kliniki. Lwów.

Ręczne wydobycie łożyska ze stanowiska klinicznego.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Ręczne wydobycie łożyska uchodziło zdawiendawna za jeden z najniebezpieczniejszych zabiegów położniczych. Mistrzowie położnictwa starszego pokolenia podkreślali, a i dziś niektórzy z nich podkreślają czyto w podręcznikach, czy też w wykładach, przeznaczonych dla studentów, czy w licznych publikacjach wielkie niebezpieczeństwo tej operacji. Do nich należą: Bumm, Jaschke-Pankow, Liepmann, Stoeckel, Strassmann, Winter, Zweifel, Olshausen. Dopiero stosunkowo niedawno Zangenmeister kategorycznie wystąpił przeciwko twierdzeniu, zaliczającemu ręczne wydobycie łożyska do rzędu najniebezpieczniejszych zabiegów położniczych. Zdaniem Zangenmeistra, dawne statystyki z nowoczesnego punktu widzenia nie wytrzymują krytyki, gdyż i sprawa aseptyki i kwestja ścisłej analizy ciężkości przypadku w zależności od rodzaju zabiegu i stopnia zakażenia odbiegały daleko od poglądów nowoczesnych. Według jego zdania, ręczne wydobycie łożyska należy zaliczyć raczej do zabiegów najwięcej bezpiecznych. Wystąpienie Zangenmeistra skłoniło klinicystów do rewizji naszych pojęć w omawianej sprawie. Wielu z nowszych autorów stanęło po jego stronie. Do nich należą: Adler-Krass, Beisch, Baumm, Müller, Rogoff, Sarwey, Strecker, Michaiłow, Heidler, Ulińsky, Borell, Aleksandrow, Magid, Jess, Kiefer, Hirst, Norris, Sacharow, Naiditsch, Gajzágó i wielu innych.

Jednakowoż dawniejsza nauka ma jeszcze dotychczas wielu zwolenników, przeważnie wśród autorów amerykańskich — Koerting, Davis, Williams, Polak, Katz, Gruzdew.

Z tego względu sprawa ta nie może być jeszcze uważana za ostatecznie rozwiązaną.

Powód różnicy w poglądach kryje się przedewszystkiem w niejednakowej ocenie niebezpieczeństwa zabiegu, które polega przedewszystkiem na możliwości zakażenia. Nie da się zaprzeczyć, że z jednej strony instrument operujący, a więc w danym razie ręka, nie może być w zupełności wyjałowiony, z drugiej zaś strony najostrożniejsze nawet wprowadzanie ręki nigdy nie zabezpiecza przed możliwością zawleczenia drobnoustrojów z pochwy do macicy. Jeśli dodamy do tego, że podczas zabiegu drobnoustroje, zawleczone ze świata zewnętrznego, poprostu zostają wmasowane do macicy, co z techniki zabiegu wynika, i to w najwięcej unaczynione jej miejsce, nietrudno zrozumieć, na jak wielkie niebezpieczeństwo chora jest narażona. Można pójść jeszcze dalej i powiedzieć, że nie istnieje prawie przypadek, który nie byłby zakażony w większym lub mniejszym stopniu podczas wykonywania tej operacji.

To są założenia teoretyczne i nikt nie może temu się sprzeciwić. Inaczej sprawa się przedstawia z punktu widzenia praktycznego. Przedewszystkiem nie każde drobnoustroje, zawleczone do macicy, muszą się stać źródłem zakażenia. Niemałe znaczenie posiada fakt, który, zdaniem naszem, ma wybitne znaczenie, mianowicie krwawienie po zabiegu, dzięki któremu następuje do pewnego stopnia samooczyszczenie się macicy. U osób wykrwawionych nietylko osłabienie odporności ustroju, ale i brak tego samooczyszczenia się nie w małym stopniu przyczynia się do zatrzymania wprowadzonych drobnoustrojów, mogących stać się źródłem zakażenia. Wreszcie podnieść należy skurcze macicy, zamykające światło naczyń krwionośnych i chłonnych, utrudniające lub nawet uniemożliwiające swobodne szerzenie się zakażenia.

Za miernik niebezpieczeństwa zabiegu służyły dla autorów obliczania procentowe przebiegu gorączkowego w połogu. Znajdujemy tu bardzo znaczne wahania. I tak według Tudeer'a chorobliwość wynosiła 34,2%, u Bourne'go — 35%, u Goethals'a — 25%, u Timofeew'a po porodach normalnych w 65,3%, po porodach operacyjnych — 52,5%, z tego w 9,3% istniało zakażenie ciężkie; w przypadkach Naidič'a i Šural'a przebieg gorączkowy stwierdzono w 20% przypadków, septyczny — 9,41%; u Lukaš'a na 55 przypadków urodzonych w klinice chorobliwość wynosiła 7,3%, na 76 poza kliniką — 13,2%. Rosenthal stwierdził chorobliwość w 67%, Traugott — w 66%, Borell — w 60%, Seyfahrt w 50%, Rosenbach — w 38%, Baumm — w 34,7%, Strecker — w 32%, Ulinsky — w 27%, Wiemann — na 68 przypadków tylko w trzech obserwował przebieg gorączkowy; Jess — w 16%, tenże autor podaje, iż na 44 przypadków porodów samoistnych, w których usuwano ręcznie łożysko, gorączkowało 9,8%; Kiefer oblicza chorobliwość na 34,4%; Katz w 27,2% stwierdził stan podgorączkowy, a w 31,9% — gorączkowy, Naiditsch — 7,8%; Montag na klinice w Bohum połóg zakłócony obserwował w 14,28%, gorączkowy — 30,61%, natomiast w klinice we Wrocławiu połóg zakłócony, według tego autora, zaznaczył się w 35,9%, gorączkowy — w 34,7%; Segalovitsch otrzymał chorobliwość w 4,5%, Gajzágó — w 15,9%.

Jak widzimy, różnica w otrzymanych wynikach u wymienionych autorów jest znaczna i waha się w granicach od 67% (Rosenthal), do 4,5% (Segalovitsch). Jak słusznie zaznacza Stoeckel, na tych statystykach nie można się opierać, przedewszystkiem dlatego, że pojęcie chorobliwości określane jest przez różnych autorów niejednakowo. Poza tem niektórzy obliczają procent chorobliwości wszystkich przypadków ręcznego wydobycia łożyska, inni rozmyślnie usuwają ze statystyk przypadki powikłane, a więc połączone z innemi zabiegami lub też przypadki, w których ręczne usunięcie łożyska zostało dokonane w warunkach mało korzystnych, a więc u osób gorączkujących lub skrwawionych, innemi słowy uwzględniają tylko statystykę t. zw. „oczyszczoną" (Baumm, Leos, Adler-Krauss, Naiditsch). Że to są rzeczy niezmiernie ważne, dowodzi chociażby fakt, że w statystyce Heidler'a oczyszczenie zmniejszyło śmiertelność z 5,7% na 0,5%.

Zdawałoby się, że ściślejsze wnioski możnaby wyciągać z zestawienia śmiertelności pooperacyjnej. Tu jednak natrafiamy na jeszcze większe sprzeczności. W przypadkach Tudeer'a śmiertelność wynosiła 6,3%, Polak'a 10%, Goethals'a — 8,2%, Timofeew'a — do roku 1919 — 0%, po roku 1919 — 2%, Naiditsch'a i Sural'a — 1,47%, Heidler'a — 2,8%, Gheorghiu — od 22—25% do 4—6% dzięki nowoczesnemu postępowaniu w trzecim okresie porodowym; statystyka Szabó nieoczyszczona wykazuje śmiertelność na 13%, oczyszczona — na 7,5%; według Lukaš'a śmiertelność osób, które przybyły do kliniki już w trzecim okresie wynosiła 2,6%, natomiast żadna kobieta, która rodziła w klinice, nie zmarła; Ulinsky, Strecker, Wiemann, Segalovitsch nie mieli śmiertelnego przypadku u swych chorych; Sacharow po oczyszczeniu obliczył śmiertelność na 1,1%, u Jess'a śmiertelność wynosiła 0,69%, u Kiefer'a — 1,7%, u Katz'a — 1,26%, u Naiditsch'a — 2,13%, u Montag'a w statystyce z Bohum — 4,76%, w statystyce z Wrocławia — 2,8%, u Gajzágó — 3,7%, wreszcie śmiertelność według Baumm'a wynosiła od 5% do 13,5% u następujących autorów: Guttmann'a, Hegar'a, Alletsee, Lindig'a, Martin'a, Liepmann'a, Strassmann'a, Rosenthal'a, Seyfarth'a, Vogel'a.

A więc odsetek śmiertelności wahał się w granicach od 25% do 0%(!). Doszukując się przyczyny tak znacznej różnicy, znajdujemy tak różne ujmowanie sprawy wskazań, techniki oraz doboru materjału, że liczby te stają się prawie bezużytecznemi dla bezstronnej oceny.

Przypatrzmy się bliżej wskazaniom i technice operacyjnej. Skrajni konserwatyści, unikający za wszelką cenę wchodzenia ręką do macicy, wykonują ten zabieg tylko w silnej atonji lub, jak słusznie zauważa Stoeckel, hipotonji macicy (wyraz polski „niedowład" macicy doskonale oddaje istotę tego pojęcia), lub wyraźnych resztek łożyskowych. Drudzy natomiast chętnie podejmują się operacji omacania wnętrza macicy w przypadkach najmniejszego nawet podejrzenia na pozostałości łożyskowe. Wychodzą oni z założenia, że rokowanie w przypadkach przeoczenia resztek jest o wiele poważniejsze, niż niebezpieczeństwo ręcznej kontroli

jamy macicy bezpośrednio po porodzie. I tak Strecker podaje stosunek bezgorączkowego przebiegu połogów chorych kontrolowanych ręką do niekontrolowanych, jak 48,5% do 32% na korzyść pierwszych. Gheorghiu, Lukaš, Naiditsch wykonują operację bezwzględnie we wszystkich przypadkach podejrzanych. Jess nie stwierdził ani w jednym przypadku kontrolnego wprowadzenia ręki do macicy zejścia śmiertelnego, chorobliwość natomiast okazała się zależną od tego, czy resztki łożyskowe istotnie się stwierdziło (16%), czy też nie (4,5%). Na dużym materjale klinicznym Kiefer podaje chorobliwość na 2%, śmiertelność na 0,85%. Autor ten porównuje śmiertelność po innych zabiegach położniczych, między innemi po operacjach kawałkujących płód — 6,8%, po cięciu cesarskiem — 4,7%; o ile ręczne omacanie macicy wykonano w połączeniu z innemi zabiegami, chorobliwość, według tego autora, podnosiła się do 34,2%.

Z wynikami powyższemi są w sprzeczności spostrzeżenia innych autorów. I tak Katz zwraca uwagę, że wprowadzenie ręki do wnętrza macicy nawet na czas krótki jest rzeczą nieobojętną dla dalszego losu położnic, gdyż według jego statystyki, w przypadkach, w których poród odbył się samoistnie i tylko po urodzeniu się łożyska kontrolowano wnętrze macicy, chorobliwość wynosiła 23,68%, z czego 74,07% chorych mogło opuścić klinikę ze względu na stan zdrowia dopiero po 10-ciu dniach. Ogólna chorobliwość we wszystkich przypadkach operacyj wewnątrzmacicznych, a więc obrotach, ręcznem wydobyciu łożyska, kontrolnem omacaniu wynosiła u tego autora 26,89%, z tego u 73,43% chorych obserwowano nawet ciężkie zakażenia, a w jednym zejście śmiertelne (0,42%).

Według Bumm'a omacywanie macicy po porodzie jest zabiegiem wysoce niebezpiecznym, gdyż w 53,2% przebieg połogu był gorączkowy, z tego w 21,2% — wysoko gorączkowy.

Wagner, wskazując na niebezpieczeństwo operacji omawianej, zaleca gorąco wykonywanie próby mlecznej na całość łożyska i twierdzi, że od czasu, gdy zaczął systematycznie przeprowadzać tę metodę w przypadkach podejrzenia na pozostałości łożyskowe, ilość omacywań wnętrza macicy znacznie zmalała, mianowicie tylko w 1,07% porodów, podczas gdy Zangenmeister czynił to w 3,2% wszystkich porodów i jak wynika z jego relacji w 78% zupełnie niepotrzebnie. Według Wagner'a częste omacywanie macicy nie chroni od możliwości przeoczenia resztek, zwłaszcza jeśli operację wykonują lekarze praktycy i dowodzi liczbami: na 36 przypadków omacywanych na prowincji przeoczono obecność resztek łożyska w macicy 9 razy, a więc w 1/4 części przypadków. Zabieg ten prócz tego okazał się wysoce niebezpieczny, gdyż na 88 operacyj, wykonanych w klinice, a więc w warunkach najkorzystniejszych, jedna chora zmarła, a 13,5% położnic gorączkowało. I dlatego autor jest gorącym propagatorem próby mlecznej całości łożyska, zaoszczędzającej w wielu przypadkach niepotrzebne wprowadzanie ręki do macicy.

Stosownie do wyrobionego poglądu na niebezpieczeństwo ręcznego wydobycia łożyska oraz niebezpieczeństwo długiego pozostawania popłodu w macicy, różni autorzy różnie postępują w przypadkach zatrzymania łożyska. Większość usuwa łożysko najdalej po 2—3 godzinach, nie ryzykując dłuższego czekania ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia. Postępowanie to atoli nie znalazło powszechnego uznania. I tak: Fehling, Bumm, Hammerschlag czekają do 12 godzin. Lind uważa, że łożysko może bezkarnie pozostawać w macicy nawet do 24 godzin i sądzi, że wszelkie próby wcześniejszego usunięcia zakłócają tylko normalny tryb odklejania się łożyska i w konsekwencji prowadzą do konieczności wydobycia go ręcznie. Pierwsze próby usunięcia łożyska sposobem Crédé'go należy wykonywać, zdaniem tego autora, dopiero po 18-tu godzinach, ewentualnie zabieg można powtórzyć po 24 godzinach. Sądzi on, że z pomiędzy przyczyn, które ułatwiają odklejanie się łożyska w tak późnym okresie po porodzie, jedną z głównych jest gromadzenie się gazów poza łożyskiem na skutek rozmnażania się drobnoustrojów; gazy te zastępować mają czynność krwiaka pozałożyskowego, ułatwiającego odklejanie się łożyska. Davis czeka na odejście łożyska 48 godzin, Norris również pozostawia łożysko na 48 godzin, poczem, o ile popłód nie odchodzi, obcina pępowinę wysoko w szyi i tamponuje macicę. Po usunięciu tamponu, zdaniem jego, łożysko odchodzić ma samo. Tak samo postępuje i Kellog, tamponując macicę na 12—20 godzin. Najwięcej konserwatywnie postępuje Hirst. Autor ten twierdzi, że łożysko może bezkarnie pozostawać w macicy nawet tygodniami. O ile wystąpi gorączka, łożysko usuwa, poczem płucze macicę. Również nieokreślenie długi czas pozostawia w macicy popłód i Gruzdew. Niektórzy wogóle nie wykonują ręcznego wydobycia łożyska. Polak usuwa łożysko przez laparotomję. Hammerschlag wycina macicę, zwłaszcza w przypadkach zakażonych, gdyż rokowanie po ręcznem usunięciu łożyska jest wtedy najgorsze. Wagner sądzi, że usunięcie macicy w przypadkach zakażonych należy poważnie brać w rachubę. Clitton i Hirst natomiast są przeciwnikami wycinania macicy. W przeciwieństwie do powyższych zapatrywań stwierdzić można większą zgodność w postępowaniu w przypadkach łożyska wrośniętego *(placenta increta)*. Ci autorzy, którzy spostrzegali tę skądinąd bardzo rzadką anomalję, wycinali macicę z dobrym skutkiem dla chorych. (Goethels, Williams, Polak i inni). Liczni autorzy zwracali uwagę na zależność wyników po ręcznem wydobyciu łożyska od stanu rodzącej. Najgorsze rokowanie okazują przypadki skrwawione i gorączkujące (Szabó, Baumm, Küstner, Bons, Liegner, Heidler, Sacharow, Hammerschlag, Jess).

Według Zangenmeistr'a ręczne wydobycie łożyska w przypadkach czystych nie grozi żadnem niebezpieczeństwem, natomiast pozostałości łożyskowe dają bardzo złe rokowanie (12% śmiertelności). Według Wiemanna należy bezwzględnie dokonywać kontrolnego omacania macicy w przypadkach nawet najmniejszego podejrzenia na pozostałości łożyskowe, a opiera on swe zapatrywania na podstawie własnego materjału, który wykazuje, że w tym okresie czasu, w którym kontrolowano jamę macicy, gdy brak łożyska był pewny, przeoczono resztki 9 razy, natomiast od czasu, gdy kontrola taka wykonywana była w każdym przypadku podejrzanym, nie przeoczono ani w jednym przypadku resztek łożyskowych.

Niektórzy zwracają uwagę na znacznie mniejszą wytrzymałość kobiet na krwotoki w obecnym czasie powojennym. I tak, według Hammerschlag'a, o ile przed wojną rodzące często znosiły utratę krwi do 1 litra i nawet więcej bez najmniejszej szkody, o tyle teraz już krwawienia, przekraczające 600 g, nierzadko bywają śmiertelne. Dlatego autor uważa, że w określaniu niedowładu macicy po porodzie należy przesunąć granicę utraty krwi z litra na 600—700 g. Inni autorzy przyłączają się do jego zdania (Gjestlan, Strecker, Segalovitsch, Timofeew).

Technika usunięcia łożyska również jest niejednakowa, a bezwątpienia nie jest ona bez znaczenia na wynik zabiegu. Dla uniknięcia stykania się ręki z pochwą proponuje Raguza używać specjalnych gumowych zarękawków, które można otworzyć dopiero w ujściu przed wprowadzeniem ręki do macicy. Peters ściąga macicę kulociągami przed srom, wyciera szyję gorącym 80% alkoholem, srom okłada kompresami wyjałowionemi, a rękę wprowadza we wziernikach wprost do macicy. Joachimowitsch zanurza rękę w roztwór adrenaliny i sądzi, że w ten sposób uzyskuje skurcz naczyń krwionośnych macicy i zapobiega zakażeniu.

Te wszystkie trzy sposoby nie zyskały szerszego zastosowania. Stoeckel sądzi, że żaden z nich nie zabezpiecza od zakażenia. Natomiast zwraca on uwagę na konieczność następowego płukania macicy w celu mechanicznego usunięcia drobnoustrojów. Płukanie macicy wykonują także inni (Gheorghiu, Clitton, Norris, Naiditsch). Jako środka odkażającego używają najróżnorodniejszych płynów — najczęściej lysolu, roztworu soli kuchennej i jodyny. Są i przeciwnicy płukania macicy (Heidler, Finkel). Niektórzy wykonują zabieg w rękawiczkach wyjałowionych (Finkel), większość jednak nie używa rękawiczek. W czasie zabiegu wielu stosuje uśpienie inhalacyjne. W dążeniu do ograniczenia wskazań do kontrolnego omacywania wnętrza macicy polecano kilka prób na całość łożyska, a więc próbę powietrzną, pływania i mleczną. Próba mleczna, podana przez Küstner'a, cieszy się największem rozpowszechnieniem. Wagner, jak o tem wyżej już zaznaczyliśmy, jeden ze zwolenników wykonywania tej próby, podaje, że dzięki niej uniknął niepotrzebnego wprowadzania ręki do macicy w 183 przypadkach. Podaje on, że przed stosowaniem tej próby w 6-ciu przypadkach przeoczył resztki łożyskowe. Od czasu zaś obowiązkowego stosowania metody Küstner'a nie zdarzyło się mu ani razu przeoczyć resztek łożyskowych. Nie brak jednak autorów, którzy w każdym przypadku podejrzanym co do całości łożyska wykonują ręczne omacanie wnętrza macicy, wychodząc z założenia, że żadna z dotychczasowych prób nie jest pewna (Gheorghiu, Lukaš, Zangenmeister, Wiemann i Kirstein).

W celu uniknięcia ręcznego wydobycia łożyska, o ile niema krwotoków, stosuje się coraz częściej dawniej już wprowadzoną, ale zapomnianą, metodę napełniania naczyń krwionośnych łożyska płynem fizjologicznym (Mojon-Gabastou). Koerting sądzi, że metoda powyższa nadaje się szczególnie w przypadkach zakażonych, w których ręczne wydobycie łożyska jest zabiegiem wielce niebezpiecznym. Wagner jest również zwolennikiem tej metody; według niego należy ją stosować przed zabiegiem Cré-

dego. Zawody w dwóch trzecich częściach przypadków, według niego, przytrafiają się wtedy, gdy łożysko usadawia się w rogu macicy. De Berges sądzi, że różnica ciepłoty pomiędzy ścianą macicy a napełnionem łożyskiem, o ile używa się płynu o ciepłocie letniej, ułatwia znakomicie orjentację podczas zabiegu. Według Katza, zawody przydarzają się w przypadkach nieprawidłowej budowy łożyska. Koerting, Traugott, Strecker twierdzą, że dzięki tej metodzie można zmniejszyć częstość ręcznego wydobycia łożyska o połowę. Metoda ta nie przedstawia niebezpieczeństwa, dlatego wielu autorów poleca ją lekarzom a niektórzy nawet położnym.

Wuhrmann stosował przez pewien czas napełnianie łożyska po każdym porodzie i doszedł do wniosku, że w prawidłowym porodzie metoda ta może przynieść szkodę, gdyż nierzadko bywa powodem krwawień; sądzi on, że najlepsze usługi metoda ta oddaje w przeciągającym się 3-cim okresie porodowym, zwłaszcza u wieloródek, u których w porodach poprzednich występowały zaburzenia w odklejaniu się łożyska. Większość autorów nie stosuje metody Gabastou w krwotokach poporodowych, gdyż wymaga ona zbyt długiego czasu, strata którego fatalnie może się odbić na stanie chorej.

Należy zaznaczyć, że nierzadko udaje się opanować krwotok atoniczny w inny sposób tak, że zyskuje się na czasie w celu zastosowania metody Gabastou. Do sposobów tych zaliczyć należy — podawanie preparatów przysadki mózgowej, (nawiasem mówiąc mało skutecznych, dopóki łożysko znajduje się w macicy), uchwycenie klemami obu tętnic macicznych wprost przez sklepienia pochwowe, a zwłaszcza ucisk aorty brzusznej (zabieg Mommburga). (Montag, Heidler, Schmidt, Benzion i t. d.).

Bardzo ważną jest sprawa postępowania w przypadkach pozostawania w macicy resztek łożyskowych. Krwotoki poporodowe, a co ważniejsza, połogowe, oraz znaczna chorobliwość w połogu są w ścisłym związku z zatrzymanemi resztkami łożyskowemi. Praktycznie o wiele ważniejsze są przypadki, w których resztki łożyska nie wywołują bezpośrednich krwawień, ulegają w połogu zakażeniu, albo też powodują nagłe, nieraz groźne dla życia krwotoki. Z tego też powodu usunięcie resztek łożyska zaraz po porodzie jest rzeczą konieczną i jedyną, która zapobiec może powyżej wspomnianym powikłaniom połogowym — przecież mimo to właśnie w tej sprawie widzimy znaczną różnicę w postępowaniu wielu autorów. Jedni wprowadzają rękę do macicy w każdym podejrzanym przypadku, ażeby usunąć ewentualne resztki, wychodząc z założenia, że mniejszem niebezpieczeństwem jest niepotrzebne omacanie macicy, niż pozostawienie resztek (Zangenmeister). Drudzy natomiast nie tak pochopnie przystępują do kontroli wnętrza macicy, gdyż sądzą, że mimo to małe kawałki łożyskowe mogą być łatwo przeoczone. Tak np. Katz podaje, że na 25 omacywań w 8-miu przypadkach resztki popłodu uszły uwagi operującego. A właśnie najgorsze wyniki spostrzegano u chorych, u których wprowadzono rękę do macicy (zakażenie przez dotyk ręką) a resztki łożyska przeoczono. Los 8-miu wyżej cytowanych przypadków Katz'a przedstawiał się następująco: w jednym nastąpiła śmierć z powodu zapalenia otrzewnej, w dwóch obserwowano silne krwawienia, w 4-ch — krwawienia z objawami septycznemi, w jednym wreszcie nie obserwowano żadnych symptomatów chorobowych, gdyż kawałek łożyska wkrótce po porodzie odszedł. Samoistne odejście resztek łożyskowych stwierdzono jeszcze w dwóch przypadkach, przebiegających z krwotokami, lecz bez gorączki. W pięciu przypadkach, pomimo gorączki, musiano usunąć resztki palcem. Tylko w dwóch przypadkach samoistnego odejścia resztek nie obserwowano gorączki, natomiast we wszystkich innych stwierdzono ciężkie stany posocznicze. Katz idąc z tego względu za radą Stoeckl'a, nie wchodzi ręką do macicy, jeżeli resztki łożyskowe są mniejsze, niż orzech laskowy, lecz podaje ergotynę. W polemice ze Stoeckl'em Pankow słusznie podnosi, że mógłby się zgodzić z nim, gdyby w każdym przypadku można było określić ściśle wielkość pozostałych resztek. Niestety nietylko nie jesteśmy w stanie określić ściśle wielkości pozostałych kawałków łożyska, ale często nawet wogóle odpowiedzieć na pytanie, czy część łożyska została w macicy, czy też nie.

Według Wagner'a, śmiertelność po resztkach łożyskowych wynosi 27%, chorobliwość 60%. Usunięcie wczas resztek zmniejszać ma chorobliwość do 15%, a śmiertelność — do 0%. Podkreśla on, że na przebieg połogu niemałe znaczenie posiadają przebyte zabiegi w czasie porodu i warunki, w jakich się poród odbył. I tak, na 41 przypadków autora, 5 rodziło samoistnie w klinice, reszta zaś przywieziona była do kliniki już po porodzie. Otóż, w pierwszej grupie, mimo późnego stosunkowo usunięcia resztek, tylko u jednej chorej obserwowano przebieg połogu gorączkowy, a żadna chora nie zmarła. Natomiast w grupie drugiej śmiertelność wynosiła 30%, chorobliwość zaś 69%. Wogóle im wcześniej po porodzie usuwano resztki, tem lepsze były wyniki. I tak, na 16 przypadków natychmiastowego ręcznego usunięcia pozostałych zrazów łożyskowych tylko w 3-ch obserwowano stany podgorączkowe, połóg u reszty chorych niczem się nie różnił od przypadków prawidłowych. Natomiast w trzech przypadkach już zakażonych ani jednej chorej nie uratowano, mimo usunięcia resztek. Postępowanie zachowawcze w przypadkach zakażonych też nie daje dobrych wyników. I tak, na 8 przypadków leczonych zachowawczo stracono 4 chore, pozostałe zaś powróciły do zdrowia po przebyciu ciężkich stanów septycznych. I dlatego Wagner w przypadkach zakażonych stosuje obecnie postępowanie Freund'a, a mianowicie wprowadza do macicy roczyn pepsyny w celu przetrawienia kosmków. Z 9 przypadków w ten sposób leczonych 6 wyzdrowiało — 3 zmarło.

Z przytoczonego powyżej przeglądu piśmiennictwa widać, że różnice w poglądach na wskazania i technikę ręcznego wydobycia łożyska lub resztek jego i wogóle na sposób postępowania w przypadkach zaburzeń 3-go okresu porodowego są znaczne, co też tłumaczy dostatecznie tak różne wyniki. Nic dziwnego, że tak wytrwały badacz, jak Stoeckel, w sprawie tej staje bezradny i uważa, że porównywanie statystyk jest rzeczą bezcelową, nie dającą należytego wglądu w istotę rzeczy.

Być może, że obok różnicy w postępowaniu mają tu znaczenie także inne czynniki, jak np. właściwości rasowe, klimatyczne i t. p., a więc rzeczy, których nie można ze sobą porównywać. Ponadto, na co zdaniem naszem należy położyć szczególny nacisk, należyta ocena ciężkości każdego poszczególnego przypadku, decydująca o sposobie postępowania, jest rzeczą bardzo trudną i wymagającą wielkiego doświadczenia. Dla przykładu weźmy np. ciepłotę. Każdy położnik prawie codziennie przekonywuje się, jak niepewnym miernikiem ogólnego stanu jest podwyższenie ciepłoty w czasie porodu. Wysoka gorączka, która nierzadko jest tylko wyrazem intoksykacji, ustępuje już w kilka godzin po rozwiązaniu, a dalszy przebieg połogu jest zupełnie prawidłowy. Z drugiej strony nieznaczne stany podgorączkowe w czasie porodu mogą być już zapowiedzią ciężkich, a czasem nawet śmiertelnych zakażeń połogowych i to bez względu na to, czy rozwiązanie nastąpiło siłami przyrody, czy też operacyjnie. Na szczęście przypadki ciężkich zakażeń po porodach prawidłowych lub nieznacznie gorączkowych zdarzają się rzadko, ale bądź co bądź tu i ówdzie są one opisywane i prawie każdy klinicysta, nieco dłużej pracujący w zakładach, przypadki takie miał sposobność obserwować. Przypuśćmy teraz, że ręczne wydobycie łożyska nastąpiło właśnie w takim przypadku. Ostateczny wynik będzie oczywiście niekorzystny. Czy możemy mieć pewność, że winę tu ponosi ręczne wydobycie łożyska? Jasnem się staje, że operując materjałem niewielkim, a przypadkowo nieszczęśliwym można mimowolnie wysnuć fałszywe wnioski i popełnić grube błędy, które dadzą się uniknąć tylko, jeżeli się posługujemy materjałem dużym. W celu uniknięcia przypadkowych błędów, poddaliśmy krytycznej ocenie cały nasz materjał kliniczny od czasu istnienia kliniki t. j. od r. 1899 aż do 1931 r. włącznie. Materjał ten obejmuje 18.494 porodów. Ręczne wydobycie łożyska wykonano w 242 przypadkach, co stanowi 1,34%, a więc odpowiada przeciętnej częstości. Ze względu na to, że w czasie wojny i po wojnie, jak wynika z doniesień wielu autorów, odporność na zakażenie znacznie się obniżyła, podzieliliśmy nasze przypadki na 3 grupy. Do grupy I-ej zaliczyliśmy przypadki od r. 1899 do 1913 włącznie. Grupa II-ga obejmuje czas wojny, w więc lata od 1914 do 1919 włącznie. Wreszcie w grupie III-ej umieściliśmy materjał z lat 1920—1931. W grupie I-ej na 8.488 porodów przypada 122 ręcznych wyjęć łożyska (1,4%), w II-ej — na 1.524 porodów — 16 przypadków (1,0%), w III-ej — na 8.482 porodów — 104 przypadków (1,1%); a więc liczby mniej więcej jednakowe. Na 242 przypadków zmarło 25 chorych, co stanowi 10,3% śmiertelności. Na poszczególne grupy wypada — w grupie I-ej na 122 przypadków — 11 (8,8%), w grupie II-giej — 0%, w grupie III-ej — na 104 przypadków — 14 (14,3%). Nie jesteśmy zwolennikami t. zw. statystyki oczyszczonej. Nie zawsze bowiem odpowiada ona rzeczywistości. Zresztą odsetek śmiertelności sam przez się nawet bardzo wysoki jest rzeczą martwą i nic nie mówiącą, która nie przynosi ujmy zakładowi ze względu na to, że zakład z natury rzeczy ma do czynienia z przypadkami niedobieranemi lecz przeciwnie często z ciężkiemi, przesyłanemi z całej okolicy. Dlatego też tylko bardzo krytyczna ocena przyczyn śmierci może do pewnego stopnia usprawiedliwić wyeliminowanie przypadków, których śmierć nie pozostaje w związku z zabiegiem.

Rozpatrując z tego stanowiska nasz materjał, przekonamy się, że przedstawia się on zupełnie inaczej, jakby to z powyżej podanego sumarycznego zestawienia mogło się wydawać. Pozwolimy sobie zatem podać poniżej szczegółowy wykaz przyczyn śmierci poszczególnych przypadków, a czynimy to dlatego, by nie obniżać wartości zabiegu i nie dyskredytować go bez należytego uzasadnienia.

Wykaz ten przedstawia tablica Nr. 1.

Tablica Nr. 1.

11 przypadków grupy I-ej.

1 przyp. łożyska przodującego z zatorem płuc tuż po zabiegu.
1 przyp. ciężkiej niewyrównanej wady sercowej.
4 przyp. całkowitego pęknięcia macicy.
1 przyp. niezupełnego pęknięcia macicy.
1 przyp. ostrego skrwawienia się po porodzie.
2 przyp. operowane w agonji.
1 przyp. łożyska przodującego i ogólnego zakażenia podczas porodu.

14 przypadków grupy III-ej.

1 przyp. ciężkich drgawek porodowych.
1 przyp. całkowitego pęknięcia macicy.
7 przyp. ostrego skrwawienia się podczas porodu, w tem dwa przyp. łożyska przodującego.
4 przyp. ogólnego zakażenia, stwierdzonego już podczas porodu, w tem dwa przyp. łożyska przodującego.
1 przyp. zakażenia krwi po porodzie podgorączkowym.

Jak widać z powyższego zestawienia, tylko 2 przyp. t. j. pierwszy z grupy I-ej i ostatni z grupy III-ej mogłyby obciążyć sam zabieg jako taki. Jeśli będziemy liczyć tylko te 2 przypadki śmiertelne, to śmiertelność przedstawi się nam w zupełnie innem oświetleniu — 0,8% śmiertelności.

Przechodzimy do omówienia chorobliwości pooperacyjnej. W tym celu uwzględniliśmy połogi bezgorączkowe, podgorączkowe, gorączkowe i wysoko-gorączkowe. Do przypadków bezgorączkowych zaliczyliśmy te chore, które nie wykazywały w połogu ciepłoty wyższej, niż 37,2°; do podgorączkowych — chore o ciepłocie nie przekraczającej 38°, do gorączkowych — chore, których ciepłota choć raz przekroczyła 38° i wreszcie w ostatniej kategorji umieściliśmy przypadki, o ciepłocie kilkakrotnie przekraczającej 38°.

Chorobliwość pooperacyjną wykazuje tablica Nr. 2.

Tablica Nr. 2.

	Wyzdrowiało	Połóg bezgor.	Połóg podgor.	Połóg gorącz.	Połóg wysokog.
Grupa I.	111 (91,2%)	16 (13,8%)	49 (39,7%)	24 (19,7%)	22 (18%)
Grupa II.	16 (100%)	3 (18,7%)	7 (43,8%)	2 (12,5%)	4 (25%)
Grupa III.	91 (86,7%)	8 (9,5%)	40 (38%)	13 (12,4%)	29 (26,8%)

Stany bezgorączkowe i podgorączkowe można bez popełniania większych błędów połączyć razem i przeciwstawić stanom gorączkowym i wysokogorączkowym, na czem zyskuje przejrzystość porównania. W grupie I-ej mieliśmy stosunek pierwszych dwóch kategoryj do sumy reszty dwóch jak 53,5 do 27,7; w grupie II-ej — 62,5 do 37,5 — wreszcie w grupie III-ej — 47,5 do 39,2.

Z tego widzimy, że więcej niż połowa chorych przebyła połóg bądź bezgorączkowo, bądź z nieznacznem podwyższeniem ciepłoty. Na tem jednak nie koniec. Chcąc być ścisłym, należy rozważyć, z jakiemi przypadkami mieliśmy do czynienia podczas zabiegu, czy z czystemi, czy też już z zakażonemi. W tym celu zwracaliśmy uwagę na ciepłotę chorych operowanych oraz na dodatkowe szczegóły, zaobserwowane w czasie porodu a więc — „płód zmacerowany", „cuchnące brudne wody" i t. p. Ciepłota, przekraczająca 38° w czasie zabiegu, oraz wyżej wymienione szczegóły odnośnie charakteru jaja płodowego uprawniały nas do zaliczenia tych przypadków do zakażonych już w momencie operacji. Z tego względu uważaliśmy za wskazane uwypuklić cyfrowo ilość przypadków brudnych już podczas zabiegu i przeciwstawić im przypadki czyste.

Stan ten przedstawia poniżej umieszczona tablica Nr. 3.

Tablica Nr. 3.

	Bezgorączkowe		Podgorączkowe		Gorączkowe		Wysokogorączkowe	
	czys.	brud.	czys.	brud.	czys.	brud.	czys.	brud.
Grupa I.	15	1	42	7	15	9	13	9
Grupa II.	1	2	6	1	2	—	1	3
Grupa III.	8	—	40	—	8	5	17	12
Suma	24	3	88	8	25	14	31	24

Razem więc połogi bezgorączkowe i podgorączkowe spostrzegano u chorych, u których już podczas zabiegu stwierdzono stan zakażenia, w 11-u przyp. na 112 przyp. czystych. Połogi gorączkowe i wysokogorączkowe wykazują o wiele wyższy odsetek chorych gorączkujących już podczas porodu, — bo na 56 przyp. czystych przypada aż 38 brudnych. Widzimy więc, że istotnie przypadki zakażone już w czasie porodu wykazują wysoką gorączkę i w połogu. Z tego względu nie można odnieść wysokiej chorobliwości połogowej li tylko do ręcznego wydobycia łożyska.

Dalej należy uwzględnić, czy podczas porodu nie wykonywano oprócz ręcznego wydobycia łożyska jakichś innych zabiegów, mogących niekorzystnie odbić się na przebiegu połogu. Uciążliwem byłoby przytaczać wszystkie zabiegi, gdyż trzeba byłoby podać każdą historję choroby. Dlatego ograniczamy się do wyodrębnienia przypadków porodów samoistnych od operacyjnych i umieszczenia ich w różnych grupach.

Przedstawia to tablica Nr. 4.

Tablica Nr. 4.

	Bezgorączkowe		Podgorączkowe		Gorączkowe		Wysokogorączkowe	
	a	b	a	b	a	b	a	b
Grupa I.	8	8	16	33	8	16	2	20
Grupa II.	—	3	2	5	1	1	2	2
Grupa III.	3	5	17	23	1	12	—	29
Suma	11	16	35	61	10	29	4	51

a — poród siłami przyrody, b — poród operacyjny.

Doliczając przypadki bezgorączkowe do podgorączkowych i porównując z gorączkowemi wraz z wysokogorączkowemi, otrzymamy następujący stosunek porodów samoistnych do operacyjnych — w kategorji I-ej na 46 porodów siłami natury przypada 77 porodów operacyjnych, w II-ej na 14 samoistnych — 80 operacyjnych.

Powyższe zestawienie dowodzi zatem niezbicie, że w przypadkach ręcznego wydobycia łożyska inne zabiegi oprócz tego zabiegu operacyjnego wpływają niekorzystnie na przebieg połogu.

Dodać musimy, że tablica ta wymagałaby uzupełnienia, gdyż nie oddaje ona ciężkości i charakteru zabiegu, nie można bowiem w jednym rzędzie stawiać takich operacyj, jak pomoc ręczną, lub niskie kleszcze, razem z nacięciem szyi i następowem założeniem wysokich kleszczy lub zakładaniem balonu na długie godziny celem rozwarcia szyi. Brak miejsca nie pozwala na wyliczenie wszystkich zabiegów. Ogólnie charakteryzując, musimy podkreślić, że najcięższe zabiegi wykonywano właśnie w kategorji chorych, które później w połogu wysoko gorączkowały.

Jest rzeczą naturalną, że w bezpośrednim związku z charakterem zabiegu pozostają powikłania porodowe. Najcięższem z powikłań tych były bezwątpienia pęknięcia macicy. Ostateczny wynik zależał w dużej mierze od sposobu postępowania. I tak do czasu wojny postępowano w przypadkach pęknięć macicy głównie zachowawczo. Wyniki były fatalne, bo na 9 przyp. tylko 2 chore zostały utrzymane przy życiu, z tego w jednym stwierdzono pęknięcie zupełne, w drugim niezupełne. Z nastaniem ery operacyjnej wyniki poprawiły się znacznie. Pisaliśmy o tem na innem miejscu. Odnośnie do ciężkości powikłań porodowych, które mogą zaważyć na przebiegu połogu, należy na drugiem miejscu wymienić łożysko przodujące. To powikłanie, zwłaszcza w czasach przedwojennych, dzięki stosowaniu balonu często było przyczyną stanów septycznych w połogu, a nawet i śmierci. Na 36 przyp. łożyska przodującego, rozwiązanych drogą pochwową, zdarzyło się 6 przyp. śmierci z powodu zakażenia (16%).

Tablica Nr. 5 wykazuje, jak często w przypadkach łożyska przodującego występowało — i jakie — podwyższenie ciepłoty.

Tablica Nr. 5.

	Bezgorączkowe	Podgorączkowe	Gorączkowe	Wysokogorączkowe
Grupa I.	3	4	4	7
Grupa II.	—	—	—	—
Grupa III.	3	5	2	8
Suma	6	9	6	15

Na 36 przypadków zatem tylko w 6-u połóg przebiegał zupełnie bezgorączkowo, w 9 — ze stanem podgorączkowym, zaś u 21 zaznaczył się gorączką wysoką a nawet bardzo często (15) bardzo wysoką.

Z tego zestawienia wynika, że gorączkę w połogu po ręcznem usunięciu łożyska w przypadkach łożyska przodującego odnieść należy raczej do tej nieprawidłowości, niż samego zabiegu.

Na trzeciem miejscu co do ciężkości powikłań stawiamy stany septyczne w czasie porodu. Ręczne usunięcie łożyska w tych stanach może być istotnie bardzo niebezpieczne, chociaż nie można wykluczyć, że i bez tego zabiegu połóg przebiegałby ciężko. W każdym razie na 56 porodów zakażonych 7 osób po ręcznem usunięciu łożyska (12,5%) zmarło. Wreszcie należy wymienić niedowład macicy, który nie opanowany wczas może spowodować śmierć w szybkim czasie po porodzie. Na naszym materjale na 152 przypadków krwotoków porodowych 8 chorych zmarło na ostrą niedokrewność (5%). Z tego względu należałoby winić nie tyle sam zabieg, ile za późne wykonanie go, gdyż jest rzeczą niewątpliwą, że wcześniejsze usunięcie łożyska i opanowanie krwotoku niejedną chorą mogłyby uratować.

Przy porównywaniu przypadków śmiertelnych grupy I-ej i III-ej, a więc z czasów przedwojennych i powojennych, uderza stosunkowo większa śmiertelność z powodu niedowładu macicy i zakażenia już w czasie porodu w grupie III-ej, bowiem w grupie I-ej z powodu skrwawienia zmarła tylko 1 chora, w grupie III-ej — 7, na zakażenie zaś w grupie I — 3 chore, w grupie III — 4. Ilość porodów w obu grupach była prawie jednakowa. Jeśli dodamy do tego 1 przypadek śmiertelnego zakażenia, powstałego po porodzie samoistnym, a zaliczonego do grupy III-ej, to rzeczywiście należy przyjąć, że kobiety po wojnie okazują się mniej odpornemi na krwotoki i zakażenia, niż przed wojną.

Powyższa analiza naszych przypadków wykazuje, że chorobliwość w połogu po ręcznem wydobyciu łożyska zależy w wybitnym stopniu od przebiegu porodu. Pobieżny nawet przegląd naszego materjału wykazuje, w jak wielkim odsetku wykonano inne zabiegi położnicze.

Na 60 porodów samoistnych przypada 157 porodów operacyjnych, co stanowi 72% wszystkich przypadków. Z tego już widzimy, że ręczne wydobycie łożyska po większej części stanowiło ostatnie ogniwo w łańcuchu zabiegów, wykonywanych podczas porodu. Czy wobec tego można obwiniać w złym przebiegu połogu jednostronnie, jak to niestety wielu czyni, tylko jedną operację, a mianowicie ręczne wydobycie łożyska, a nie uwzględniać całokształtu klinicznego obrazu porodu z wszelkiemi okolicznościami, towarzyszącemi tej czynności fizjologicznej?

Z tego nie wynika bynajmniej, żeby można było lekceważyć ręczne wydobycie łożyska i zbyt pochopnie wykonywać ten zabieg. Chcielibyśmy tylko podkreślić, że nie jest słusznem stawiać go w rzędzie najniebezpieczniejszych zabiegów położniczych. Wykonany w warunkach korzystnych, a więc po porodach samoistnych, niezakażonych, daje wcale niegorsze wyniki, niż inne operacje położnicze, a już niektóre z nich pod względem bezpieczeństwa niewątpliwie przewyższa, chociażby wspomnieć tu o obrocie B r a x t o n a-H i k s a w łożysku przodującem, o kleszczach wysokich, o zakładaniu balonu do macicy celem rozszerzenia szyi macicy i t. p.

Nie zaprzeczając niebezpieczeństwa ręcznego wydobycia łożyska, jak wogóle każdego zabiegu, to jednak należy wykonywać go tam, gdzie zachodzi tego istotna potrzeba i gdzie inne, bezpieczniejsze sposoby wydalenia łożyska albo zawodzą albo z tego lub innego względu nie mogą być wykonane.

Na tem miejscu musimy podkreślić, że krwotoki poporodowe, które dają najczęstsze wskazania do ręcznego wydobycia łożyska, mogą być obecnie zwalczane na innej drodze. Wspomnieć tu należy ucisk tętnicy głównej i uchwycenie tętnic macicznych klemami od strony pochwy. Te sposoby, aczkolwiek nie zawsze prowadzą do celu, jednakowoż zasługują na uwzględnienie. Że nie zawsze są one w stanie powstrzymać krwawienie, wynika to z anatomicznego rozkładu naczyń krwionośnych macicy. Jak wiadomo, macica odżywia się przez tętnice maciczne i tętnice jajnikowe. Ze względu na dosyć wysokie odchodzenie tętnic jajnikowych wprost od tętnicy głównej, nie zawsze udaje się przez ucisk aorty powstrzymać dopływ krwi do macicy przez tętnice jajnikowe. Zupełnie niemożliwem staje się to przez uchwycenie naczyń macicznych od dołu. Bądź co bądź zabiegi te zmniejszają krwawienia, przez co zyskujemy na czasie, który pozwala nam należycie przygotować się do ewentualnego ręcznego wydobycia łożyska.

Na naszym materjale mogliśmy się przekonać, że istotnie krwotoki porodowe stanowią główną przyczynę ręcznego wydobycia łożyska. Na 242 przypadków w 164, a więc w 70%, zabieg ten wykonano z powodu krwawień w trzecim okresie porodowym.

Krwotoki poporodowe stanowią bardzo poważne wskazanie do ręcznego wydobycia łożyska. S t o e c k e l zupełnie słusznie podnosi, że w przypadkach krwotoków groza sytuacji może nie pozwolić na trzymanie się uświęconej tradycją kolejności zabiegów — najpierw Crédé, później Crédé w narkozie ewentualnie w połączeniu z napełnianiem naczyń pępowinowych płynem fizjologicznym sposobem Mojon-Gabastou, a na ostatku dopiero, o ile wszystkie te zabiegi nie skutkują, wchodzi w rachubę ręczne wydobycie łożyska. Tu należy nierzadko działać szybko i często tylko niezwłoczne zastosowanie najenergiczniejszego środka, jakim jest ręczne usunięcie łożyska, ratuje chorą od niechybnej śmierci. Że tak jest w istocie, niech na dowód służą nasze 8 przypadków ostrego skrwawienia się po porodzie. Wszystkie te przypadki zostały skierowane do kliniki już w okresie znacznej niedokrewności i nawet ręczne usunięcie łożyska nie mogło zapobiec zejściu śmiertelnemu. Tenże sam zabieg wykonany wcześniej, niewątpliwie uratowałby niejedną z tych chorych. Jeśli już mówić o pewnej kolejności właśnie wymienionych zabiegów, to tyczy to w pierwszym rzędzie przypadków zatrzymania łożyska bez krwotoku. Tu w całej rozciągłości znajduje swoje usprawiedliwienie jak najdalej posunięty konserwatyzm. Byłoby lekkomyślnością wprowadzać rękę do macicy bez wypróbowania zabiegów zewnętrznych. Jednakowoż nie możemy pochwalać zbyt długiego wyczekiwania; chociaż bowiem nie można wykluczyć możliwości samoistnego odejścia łożyska w wiele godzin, a nawet dni po porodzie, to jednakowoż czekanie dłuższe, niż 2, najdalej 3 godziny, zwiększa niebezpieczeństwo zakażenia pozostawionego łożyska, a ręczne usunięcie popłodu zakażonego jest już zabiegiem niebezpiecznym, jak to wykazuje i nasza statystyka (12,5% śmiertelności).

Postępowanie w przypadkach zakażonych, ze względu na wielką chorobliwość i śmiertelność, musi być rozważane o wiele poważniej. Czy pokusić się o ręczne wydobycie łożyska, a więc postąpić konserwatywnie, czy też usunąć macicę wraz z łożyskiem, a więc radykalnie, rzeczy te muszą być rozważone indywidualnie i zostawione do rozstrzygnięcia osobistemu doświadczeniu klinicysty. Nadmieniamy tylko, że sprawa ta jest bardzo trudna do rozwikłania i tu nie można ustalić jakiegoś szablonu. Postępując radykalnie, zwłaszcza u osób młodych, możemy mieć wątpliwości, czy zabieg ten był rzeczywiście nieodzowny i czy nie byłoby się bez niego obeszło. Tu mogą zaistnieć te same wątpliwości, co i w sprawie usunięcia macicy z powodu krwotoków poporodowych. Jeśli natomiast postąpimy konserwatywnie, a w dalszym przebiegu przypadek okaże się zakażonym, to późniejsze usunięcie macicy, gdy objawy zakażenia rozwiną się wyraźnie, rzadko kiedy ratuje chorą od śmierci. Z tego względu przypadki zakażone nastręczają wielkie trudności w wyborze metody postępowania.

O ile idzie o usunięcie macicy wraz z łożyskiem, to bezwzględnie zabieg ten jest uzasadniony całkowicie w przypadkach łożyska wrośniętego *(placenta increta)*.

Wkońcu nie możemy pominąć milczeniem i strony technicznej samego zabiegu. Pomijając już należyte odkażenie rąk operatora, jako też sromu, zwracamy bardzo wielką uwagę w klinice naszej na dokładne usunięcie całego łożyska. Wobec tego, że zabieg sam powoduje często zmiażdżenie tkanki łożyskowej, przez co niezawsze łatwo jest ocenić, czy jakaś część łożyska nie została, prawie zawsze dołączamy do zabiegu skrobankę macicy, ażeby usunąć wszystkie pozostałe resztki. Nie jest to skrobanka macicy w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz raczej kontrola łyżeczką wnętrza macicy i ewentualne usunięcie pozostałych resztek; wykonujemy to w ten sposób, że po ściągnięciu ku dołowi macicy w szerokich wziernikach łyżkowych szeroką tępą łyżką t. zw. położniczą obchodzimy miejsce za miejscem ściany macicy i w ten sposób usuwamy resztki łożyska.

Wiadomą jest rzeczą, jak niebezpieczne jest pozostawienie części łożyska zwłaszcza po ręcznem wydobyciu jego. I dlatego następowe skontrolowanie w powyższy sposób jamy macicy uważamy za rzecz niezmiernie ważną. Możliwe, że właśnie to postępowanie dało nam tak dobre wyniki, bo 0,4%, względnie 0,8% śmiertelności. W piśmiennictwie nie znaleźliśmy nawet wzmianki co do ważności następowej skrobanki i tylko w niedawno wyszłej

pracy Markowej podkreślono ważność skrobanki po porodzie. Zabieg ten technicznie jest łatwy, pewny i prawie zawsze bezpieczny. Obawy niektórych, jakoby istniało wielkie niebezpieczeństwo przebicia macicy, są zdaniem naszem, zbyt przesadzone. Ściany macicy po porodzie tworzą zbitą, twardą mięsną warstwę, granice której łatwo można wyczuć wprowadzonem narzędziem. Zresztą już pierwsze pociągnięcia łyżką wywołują zazwyczaj skurcze macicy dzięki łatwej jej pobudliwości, przez co ściany macicy występują jeszcze wyraźniej. Za cały czas istnienia kliniki nie zdarzyło się ani razu przebicie macicy podczas tej manipulacji. Co innego macica połogowa. Zmiany degeneracyjne, jakie w niej zachodzą, nadają temu narządowi charakter utkania kruchego, niezdolnego do skurczów. W tym okresie wykonywana skrobanka jest zabiegiem istotnie niebezpiecznym.

I jeszcze jedno. Uważając skrobankę, wykonaną tuż po porodzie, za operację niewinną, a jednocześnie skuteczną, w prosty sposób rozwiązujemy sprawę tak zw. resztek łożyskowych lub podejrzeń na resztki. W tych przypadkach, uznając słuszność wywodów Pankow'a, który sądzi, że określenie wielkości pozostałego w macicy zrazu łożyskowego na podstawie oglądania popłodu jest rzeczą niepewną a często niełatwą, zawsze wykonujemy kontrolne omacanie wnętrza macicy w przypadkach wątpliwych. Jeśli stwierdzimy kawałek łożyska, usuwamy go ręką, a później wykonujemy skrobankę. Skrobiemy również, o ile kontrola ręczna nie wykaże obecności resztek — robimy to dla pewności, ażeby usunąć wszystkie mniejsze zrazy, których nie można było wybadać ręką.

Wreszcie co do techniki operacyjnej nadmieniamy, że po skrobance zawsze odkażamy jamę macicy gazikami, przepojonemi jodalkoholem. Wprowadzenie tych gazików, któremi wycieramy wnętrze macicy, ma na celu nietylko właściwe odkażenie, a więc bezpośrednie zabicie drobnoustrojów, ale i działanie mechaniczne, a więc usunięcie drobnoustrojów, jakby wypłukanie macicy. Wkońcu, o ile przejawiają się oznaki niedokrewności albo, jeśli krwawienie nie ustaje, tamponujemy jamę macicy. Do tamponów używamy stale gazy przepojonej obficie jodalkoholem.

Piśmiennictwo:

1. Aleksandrow J. Berichte f. Ges. Gyn. 1929, T. XVI. str. 581. — 2. Bakács: Archiv f. Gyn. T. 137, str. 747. — 3. Baumm H.: Deutsche Med. Wochenschr. 1925, str. 1529. — 4. Benzion I: Zentralbl. f. Gyn. 1929, str. 2665. — 5. Burger K.: Berichte f. ges. Gyn. 1923, T. 2, str. 496. — 6. Clitton J. E.: Zentralbl. f. Gyn. 1924, str. 1098. — 7. Davis E. P.: Zentralbl. f. Gyn. 1924, str. 1098. — 8. Finkel M.: Berichte f. ges. Gyn. 1929, T. 15, str. 816. — 9. Fraenkel E.: Archiv f. Gyn. 1925, T. 125, str. 342. — 10. Gajzágó E.: Zentralbl. f. Gyn. 1927, str. 2771. — 11. Gheorghiu N.: Berichte f. ges. Gyn. 1929, T. 15, str. 686. — 12. Goethals T. R.: Americ. journ. of. obstetr. a. gynecol. T. 6, Nr. 3, 1923. — 13. Heidler H.: Wiener kl. Wochenschr. 1924, str. 793. — 14. Heidler H.: Wiener Kl. Wochenschr. 1928, str. 706. — 15. Heidler H. i Steinbardt B.: Berichte f. ges. Gyn. 1929, T. 15, str. 496. — 16. Heidler H.: Wiener. Kl. Wochenschr. 1927, str. 1017. — 17. Hirst B. C.: Zentralbl. f. Gyn. 1924, str. 1098. — 18. Jess F.: Zentralbl. f. Gyn. 1925, str. 1030. — 19. Joachimowitsch R.: Wiener Kl. Wochenschr. 1924, str. 470. — 20. Katz H.: Zentralbl. f. Gyn. 1925, str. 637. — 21. Katz H.: Wiener Kl. Wochenschr., 1925, str. 90. — 22. Katz H.: Wiener Med. Wochenschr. 1925, nr. 2. — 23. Kiefer K. H.: Zentralbl. f. Gyn. 1925, str. 860. — 24. Koerting W.: Archiv f. Gyn. T. 125, str. 336, 365. — 25. Kraul L.: Zentralbl. f. Gyn. 1928, str. 828. — 26. Lind L.: Zentralbl. f. Gyn. 1928, str. 3022. — 27. Lukáš J.: Berichte f. ges. Gyn. 1930, T. 17, str. 736. — 28. Magid M.: Berichte f. ges. Gyn. 1929, T. 16, str. 853. — 29. Montag H.: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1926, T. 72, str. 150. — 30. Naidič M. i Sural E.: Berichte f. ges. Gyn. 1929, T. 15, str. 684. — 31. Naiditsch M.: Zentralbl. f. Gyn. 1925, str. 2916. — 32. Norris R. C.: Zentralbl. f. Gyn. 1924, str. 1098. — 33. Pankow O.: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1925, T. 69, str. 341. — 34. Peters H.: Wiener Kl. Wochenschr. 1928, str. 1379. — 35. Polak J. O.: Zentralbl. f. Gyn. 1924, str. 1098. — 36. Raguza B.: Zentralbl. f. Gyn. 1923, str. 1407. — 37. Ryberg C. M.: Acta Gyn. Scand. 1927, T. 6, str. 153. — 38. Sacharow L.: Zentralbl. f. Gyn. 1924, str. 2480. — 39. Schlossmann H.: Zentralbl. f. Gyn. 1925, str. 1333. — 40. Segalowitsch S.: Zentralbl.: f. Gyn. 1927, str. 2770. — 41. Strecker J.: Monatschrift f. Geb. u. Gyn. T. 61, str. 283, 1923. — 42. Szabó E.: Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1929, T. 83, str. 63. — 43. Szabó E.: Berichte f. ges. Gyn. 1929, T. 16, str. 462. — 44. Timofeew A.· Berichte f. ges. Gyn. 1929, T. 15, str. 496. — 46. Tudeer O.: Berichte f. ges. Gyn. 1923, T. 2, str. 450. — 46. Wagner G.: Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1925, T. 69, str. 327. — 47. Wieloch J.: Archiv. f. Gyn. 1926, T. 129, str. 261. — 48. Wiemann O.: Zentralbl. f. Gyn. 1924, str. 2785. — 49. Williams J. W.: Zentralbl. f. Gyn. 1924, str. 1098. — 50. Wuhrmann M.: Schw. Med. Wochenschr. 1926, str. 415.

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Dr. Józef MARZECKI. Warszawa.

Wpływ współczesnej fizyki i teorji względności Einsteina na filozofję medycyny.

Potężny i szybki rozwój współczesnej wiedzy, szczególnie w dziedzinie nauk ścisłych, w wielu swych odgałęzieniach doszedł do granic eksperymentu widzialnego i prostolinijnie logicznego, przełamał mur zasięgu realnego myślenia i począł zagłębiać się w filozofję nieskończoności, tworzyć formuły matematyczne, dla których pojęcia trójwymiarowe sę niedostateczne i wymierzać długości począwszy od tysiącznych Angstrema do próżni, prawem której zanurzony w niej kosmos musi się rozszerzać! Przekraczamy prawa trójwymiarowego myślenia; nałamujemy do sposobu swego myślenia bezgranicznie wszystko, co według nas może istnieć, nawet wówczas, gdy nie podlega prawu trójwymiarowości! Niezmiernie elastyczny umysł Einsteina w wielu swych rozważaniach stara się zamienić bądź w istotę dwuwymiarową i filozofować jej sposobem myślenia, bądź też w twór nie posiadający pola grawitacyjnego i wagi, jednak myślący sposobem ludzi zwykłych, będących na ziemi. Potęga i przenikliwość umysłu Einsteina wyniosły go na należne szczyty. Lwia część pracy Einsteina na długo jeszcze pozostanie w sferze nauk, które nie wyjdą poza gabinety uczonych, jednak część jego prac, która może być wcielona w życie praktyczne i dać ludziom widoczne rezultaty, jest bardzo dużą i bardzo ważną. Dziś jeszcze nie mamy możności całkowitego jej wykorzystania, albowiem wiąże się ona w dalszym ciągu z postępem wiedzy ludzkiej, jakby ją wyprzedzając i torując drogę do dalszego wolnego postępu. Teorja względności Einsteina wgląda we wszystkie bodaj gałęzie wiedzy ludzkiej, jeżeli nie bezpośrednio, to w każdym razie pośrednio. Fizyka, chemja, medycyna i inne nauki przyrodnicze pod wpływem filozofji Einsteina ujrzały nowe drogi, nowe sposoby rozumowania i nowe możliwości.

Od rozważań Euklidesa poprzez Newtona, Łobaczewskiego i Minkowskiego, potęgująca się idea teorji względności dojrzała w umyśle Einsteina i została oddana światu nietylko pod postacią ścisłej matematyki, lecz bardziej jeszcze w formie głębokiej filozofji sięgającej do formuły matematycznej jako zwierciadła, w którem zwykły człowiek może ujrzeć jego myśli w postaci skondensowanej i wykrystalizowanej. W parze ze śmiałym rozmachem Einsteina kroczy cała fizyka, która poprzez układ perjodyczny Mendelejewa, analizę widmową oraz bogate eksperymenty Bohra, Rutherforda, Millikana, Hessa i innych, zdołała wtargnąć w bajeczną niemal krainę wiedzy, wprost oszałamiającą swemi odkryciami, eksperymentem, syntezą filozoficzną i głębią myśli powiązanych w piękny twór żywego i praktycznego realizmu.

Jakie korzyści odniosła medycyna i co czerpie w tym zawrotnym tempie zdobyczy wiedzy ludzkiej? Nie omylimy się powiedziawszy, że medycyna uzyskała dwie zdobycze, — a więc wiodącą przez mikrofizykę do mikrobiologji i mikromechaniki ustroju oraz do jego energetyzmu, drugą zaś jej zdobyczą jest metamorfoza filozoficzna, jej pogląd na ustrój z punktu widzenia potężnych praw kosmosu, jej możności zajęcia wygodnego punktu obserwacyjnego do badań życia ustroju poprzez życie kosmosu; badań życia istoty ziemskiej w życiu istoty wszechświata! Nie będzie to przesadne, gdy zagłębimy się w studja nad dzisiejszemi badaniami wszechświata w jego mikrokosmicznem zwierciadle, zdołamy tam ujrzeć analogję pomiędzy mikro- a makrokosmem. Obliczamy i operujemy tam wielkościami tak małemi, a zarazem tak olbrzymiemi i nieskończonemi, że nasuwają się nam chęci eksperymentowania porównawczego w pojęciach o wielkościach nieskończenie małych i nieskończenie wielkich.

Dla teorji względności i zasad dzisiejszej fizyki nie stanowi to różnicy, gdyż wzajemna wartość wielkości w stosunku do kosmosu i pęcznienia jego w próżni jest zawsze jednakowa.

Fizyka współczesna, a z nią razem i teorja Einsteina przekształciły trzy podstawowe pojęcia: materji, przestrzeni i czasu.

Szczególnie pojęcie o materji uległo kompletnej modyfikacji. Zmiany te, wprost oszałamiające, ściśle związane z budową atomu, pojęcie masy ciała stawiają w zupełnie odrębnem oświetleniu. Teorja potwierdzona eksperymentem ustaliła, że masa ciała jest zależną od jego szybkości; w związku z tem utraciła ona (masa) swą samodzielność.

Stwierdzono, że masa ciała jedynie jest przejawem zewnętrznym energji, najbardziej skupionej w jądrach, a zatem i elektronach atomu. Oddawna pielęgnowane prawo zachowania masy — upadło, gdyż obecnie wyjaśniono, że ciało emitujące energję, bez względu na jej postać, traci na swej masie, natomiast ciało otrzymujące energję — zyskuje. Wynika więc z powyższego, że odrębne prawa zachowania masy i energji, zostały ujęte w jedną ogólną zasadę — zachowania energji. Teorja względności uczy nas, że energja posiada bezwładność, narówni z masą. Teorja newtonowska rozumiejąca czas i przestrzeń jako cechy zupełnie niezależne, również została zmodyfikowaną przez nowe pojęcia traktujące każde zjawisko jako przestrzenno-czasowe, gdzie pojęcie o przestrzeni i czasie nie może być rozdzielone.

W swych sławnych pracach Minkowski dowiódł niezbicie, że ustalanie zdarzeń w przestrzeni wymaga czwartej współrzędnej, t. j. czasu. Czwarta współrzędna — czas, jest równorzędna z trzema znanemi nam współrzędnemi przestrzeni, stanowiącemi w geometrji trójwymiarowe *continuum*. Minkowski streścił myśl swoją w słowach następujących: „Pojęcie o przestrzeni i czasie powstało na gruncie eksperymentalnym. Zasada tych poglądów jest radykalną, gdyż od tej chwili przestrzeń sama w sobie i czas jako taki, schodzą do rzędu cieni, jedynie łączność tych pojęć może zachować samoistność". (Berman).

Einsteinowska teorja względności ujmuje wiele zagadnień, względem których filozofja musi zająć określone stanowisko. Pierwszym punktem stycznym, który wyłamuje się poza ramy naszych pojęć jest einsteinowska definicja jednoczesności, t. j. czasu w pojęciu ogólnem. Einstein odrębnie określa jednoczesność. Jednoczesne zdarzenia dla jednego układu nie mogą być jednoczesnemi dla drugiego, albowiem każdy układ odniesienia posiada swój własny czas. Drugiem podobnem zagadnieniem jest prawo ruchu, wymagające również podania układu odniesienia. Einstein wykazał, że można sformułować proste a powszechne prawo fizykalne, ważne dla wszystkich układów odniesienia. Zerwał on z dotychczasowemi pojęciami czasu i przestrzeni, tworząc czterowymiarowy świat przestrzenno-czasowy.

Widzimy więc dążność do wyłamania się z ram trójwymiarowości, gdyż dla współczesnej wiedzy są one już zbyt ciasne. Einstein, Minkowski i inni tworzą nowy świat, łącząc trójwymiarowe *continuum* — przestrzeni z jednowymiarowem *continuum* — czasu w czterowymiarowe *continuum* przestrzenno-czasowe. Jest więc to głęboka filozofja, głęboki wzlot myśli ludzkiej, aczkolwiek ujęty tylko w formułę matematyczną, ma on jednak olbrzymi wpływ na kształtowanie pojęć w nowym, mało znanym nam jeszcze kierunku dalszego rozwoju nauki praw kosmosu.

Jeżeli spojrzymy okiem lekarza-teoretyka i naukowca obejmującego medycynę jako całokształt zagadnień traktujących istotę żywą nietylko z punktu widzenia jej praw fizycznych do wewnętrznych zmian patologicznych i końcowego zaniku istnienia, lecz również z praw tejże istoty do życia i związku fizycznego tego życia z kosmosem, wówczas nasunie się nam olbrzymi szereg pytań i tematów do rozmyślań obejmujących całą filozofję Kanta, pozytywizm, empiryzm i aprioryzm, tworzących medytacyjne podłoże do realizmu dyktowanego suchem prawem fizyki, jako źródła pojmowania praw życia, dostępnego dla umysłu człowieka. Filozofja medycyny posiada większą łączność z fizycznemi prawami kosmosu, jednym z przejawów których jest ustrój człowieka, niż posiada tę łączność fizyka, a z nią razem i teorja względności Einsteina — z klasyczną filozofją. W teorji Einsteina filozofja już dużo powiedziała, niemal niemniej niż powiedziała ona wówczas, gdy Newton ustalił swą naukę, która stworzyła poważne podłoże do budowy filozofji Kanta.

Hegel w swej historji filozofji mówi, że — kiedy dawniejsza medycyna była zbiorem szczegółów, a przytem sieczką teozoficzną, do której przyplątała się astrologja i t. p. — gdy leczono też świętościami, co przecież tak łatwo się nastręczało, to teraz występuje ujęcie przyrody, zmierzające do poznania jej praw i sił. Porzucono aprioryczne rozprawiania o rzeczach przyrody w duchu metafizyki filozofji scholastycznej lub religji. Filozofja Newtona i obecnie Einsteina nie zawiera nic innego, jak tylko wiedzę przyrodniczą.

Zwolennicy Kanta, ze względów czysto filozoficznych, odrzucają teorję względności twierdząc, że trudno ją pogodzić z ich pojęciami apriorystycznemi. Ostatnie jednak prace filozoficzne (Schneider, Cassirer) coraz bardziej usilnie starają się znaleźć punkty styczne między Einsteinem i Kantem.

Medycyna, opierająca się dziś nietylko na zdobyczach w rozpoznaniu i leczeniu chorób, lecz również na najgłębszych zagadnieniach praw tworzących ustrój zdrowy, obejmuje najczęściej każdą niemal zdobycz z dziedziny fizyki. Na tle rozwoju współczesnej fizyki obejmującej wszystko od ogólnych praw kosmosu do praw mikrofizyki i mikromechaniki, nauka o człowieku, a więc i człowiek sam w sobie, stanowią ognisko, egzystencja i normalna funkcja którego zależne są w równej mierze od zewnętrznych wpływów kosmicznych jak i mikrofizycznych — wewnątrz ustroju.

Nowe odkrycia w świecie mikrofizycznym, metamorfoza w pojęciu materji i energji, odkrycie promieni kosmicznych, istota praw radjoaktywności i t. d., wszystko to stworzyło kompletny przewrót w pojęciach, zdawałoby się niewzruszalnych praw przyrody, a zatem i w pojęciu o fizycznej istocie człowieka.

Zasady Euklidesa i Newtona uznano za niedoskonałe i względne, bowiem nadające się tylko do wielkości małych, a błędne wobec wielkości dużych lub nieskończonych.

Filozofja oparta na racjonalizmie i empiryzmie, budowała swe rzekomo niewzruszalne fundamenty na nauce Euklidesa i Newtona; dziś jesteśmy świadkami chwiejności tej filozofji, a przyczyną tego — są zdobycze dzisiejszej fizyki.

Jak filozofja klasyczna tak i filozofja medycyny przeżywają obecnie poważny kryzys. Tworzony wiekami gmach filozofji musi być przebudowany w wielu swych zasadach. Filozofja medycyny do niedawna opierała się na dwóch obok siebie stojących filarach, z których jeden stanowił opokę wiedzy lekarskiej — jako lecznictwa, drugi zaś — nauki o ustroju zdrowym. Dzisiaj zmienia się nietylko konstrukcja tych filarów, ale również i ich zabarwienie.

Filary obecnej filozofji medycyny budujemy tak, jak gdyby jeden z nich został wdrążony do drugiego, budujemy je według dzisiejszych pojęć o człowieku jako zagęszczonej masie energetycznej ujętej w pewien system. Budowa ta odpowiada budowie kosmosu, która według Einsteina jest skończona lecz nie ograniczona. Realizm empiryczny współczesnej filozofji ujmuje to w piękne ramy nie wykraczając poza obręb ścisłego eksperymentu, na który fizykę stać obecnie. Człowiek nie jest oddzielony od kosmosu, jest więc ściśle z nim związany. Wiązanie to jest identyczne z wiązaniem drgań fal energetycznych. Filozofja medycyny nie uznaje wyłączności pozytywizmu jako podstawy, stanowi on zaledwie mały jej ułamek; skłania się ona raczej w kierunku realizmu empirycznego, który jednak również nie wypełnia jej całkowicie.

Einsteinowską teorję budowy kosmosu znakomicie możemy zastosować względem atomu jak również i względem człowieka. Istotnie, żywy ustrój człowieka jest skończony lecz nie ograniczony. Przytoczymy tu jaskrawy przykład:

Według współczesnej fizyki człowiek składa się z atomów, będących stale w stanie zjonizowanym w postaci jonów A, albo K, a więc posiadających zdolność fizyczną (siłę) do łączenia się w drobiny, które następnie łączą się w bardziej złożone jednostki zorganizowane, posiadające, poza swym wewnętrznym układem energetycznym, zdolność do kondensacji energji elektrycznej, a więc ładunku energetycznego o określonych cechach, zdolność do utrzymania właściwej sobie różnicy napięć energetycznych w stosunku do otaczającej sfery, a zatem wytwarzania pól elektromagnetycznych. Wiemy jednak dobrze, że, o ile atom w budowie jądrowej i zakończonych warstwach — J elektronów orbitalnych, stanowi niezmiernie mocną strukturę, o tyle obwodowe jego elektrony, w których pod wpływem znanych bodźców, mogą powstawać stany jonizacyjne tworząc zdolność do syntezy molekularnej, o tyle stałość ładunków jonizacyjnych i tworów molekularnych jest krótkotrwałą, ściśle zależną od okresu czasu, w którym trwa stan i stopień zjonizowania atomu. Powstaje więc zapytanie, co może być przyczyną umożliwiającą pewną równowagę jonizacyjną ustroju w ciągu przebiegu życia człowieka? Przyczyna ta tkwi w bezpośredniej i stałej łączności całej masy ustroju ze zjawiskami fizycznemi w kosmosie. W pierwszym rzędzie grają tu rolę promienie kosmiczne Hessa-Millikana, posiadające długość fal równą średnicy jonu wodorowego, sztywność nieskończenie przewyższającą sztywność promieni gamma. Promienie Hessa posiadają cechy, które w znacznym stopniu odpowiadają wymaganiom Einsteina stawianym pojęciu o eterze kosmicznym.

Tak więc promienie Hessa są promieniami jonizującemi powietrze, wyzwalającemi elektrony z ich linji biegu w prądzie elektrycznym. Przenikają one przez najgrubsze z dostępnych do badań płyty ołowiane o grubości 21 metrów, a warstwę wody o grubości kilkuset i więcej metrów i t. d. Nie będziemy tu wyszczególniać cech fizycznych promieni Hessa, odsyłając czytelnika do specjalnych dzieł, stwierdzimy jednak fakt, że promienie te przenikają przez człowieka, jakby przez zagęszczoną energję o fali

znacznie dłuższej, a więc nie stanowiącej specjalnego oporu dla tych promieni, które w biegu swym uderzają w każdy niemal atom stale i bez przerwy wszędzie, na każdym miejscu kuli ziemskiej.

Powyższy fakt powoduje stałe podtrzymywanie w atomie nietylko stanu jonizacyjnego, lecz również i energji wewnątrzatomowej, która powstaje w myśl matematycznej stałej Plancka i odpowiada trzeciemu postulatowi Bohra. Tu więc jedno z zagadnień fizyki tworzy podłoże do głębokich rozważań filozoficznych! Na ten bodaj tylko jeden temat można tomy całe napisać, gdyż tu powstaje łączność pomiędzy stałą formą życia kosmicznego a przejściową postacią życia człowieka! Nikt z nas nie wątpi w to, że poza promieniami Hessa jest jeszcze szereg innych znanych i nieznanych nam postaci energji o określonym wpływie na życie, jednak promienie Hessa-Millikana są jednym z bardzo ważnych bodźców w kosmosie, które przyczyniają się do utrzymania życia na ziemi bądź roślinnego, bądź też zwierzęcego. O wylaniającej się z ziemi emanacji ciał promieniotwórczych, o zawartości w powietrzu cząstek radjoaktywnych A, B, C, D i t. d., o wpływie energji słońca jak również energji wydzielanej przez ziemię i innych bodźcach, nie będziemy tu wspominali, albowiem są one czynnikami absorbowanemi przez ustrój i zużywanemi dla jego potrzeb, tworząc wtórną przemianę energetyczną w ustroju. Rola promieni Hessa jest całkiem odmienną, gdyż w promieniach tych każdy atom ustroju jest jakby pogrążony, czerpiąc z nich siły dla dalszego swego bytowania.

Jakże więc odmiennie wygląda człowiek w oczach fizyka i jak swoiście traktuje go filozofja medycyny! Czy filozofja medycyny w życiu fachowem lekarza jest niezbędną i czy lekarz winien być zawsze w swym fachu filozofem? Na to ciekawe zagadnienie można otrzymać różne odpowiedzi. Zazwyczaj lekarz, z punktu widzenia jak empirji tak i aprioryzmu w filozofji, ma do czynienia z dwoma przejawami u człowieka, a więc z jego ustrojem jako zjawiskiem czysto fizycznem oraz ze zdolnością człowieka do wytworzenia w swym umyśle wiary lub niewiary w lekarza, krytycyzmem i wielu subtelnościami psychicznemi cechującemi stosunek chorego do lekarza, mający w wielu wypadkach pewien wpływ na przebieg choroby i siły do znoszenia związanych z chorobą cierpień.

Obok wiedzy fachowej lekarz powołuje w swym umyśle do czynności całą potęgę filozofji medycyny ze wszystkiemi jej subtelnościami. Widzimy więc, że filozofja medycyny jest bardziej głęboka niż filozofja klasyczna. To, o czem chory myśli i w co wierzy, dla niego jest prawdą, na którą lekarz musi dać odpowiedź, bądź utwierdzić go w tej prawdzie, bądź też stworzyć dla niego inną prawdę, w którą ten chory również musi uwierzyć i o niej myśleć.

Filozofja medycyny uznaje trzy rodzaje prawdy: pierwsza — to jest prawda poznania praw zdrowia i choroby, oparta na realnym empiryzmie i pozytywizmie; jest to prawda wiedzy lekarskiej, potęga i wartość której są o tyle wyższe o ile będą bardziej skoncentrowane w ręku lekarzy, a wyłączone z penetracji niepowołanych. Jest to tak stara prawda jak starą jest filozofja i dążność umysłu człowieka do wyodrębnienia i klasyfikacji wiedzy ludzkiej.

Prawda ta żyje już dużo tysięcy lat i będzie żyła zawsze. Drugą prawdą jest prawda rozpoznania i prawda leczenia choroby. Trzecią prawdą jest prawda względna lecz czysta, uczciwa, prawda apriorystyczna, może nią dysponować lekarz szeroko według swego sumienia, w zrozumieniu krytycznego stosunku chorego do osoby lekarza.

Jest to ta, względnie teoretyczna prawda, którą lekarz często musi wyrzec choremu, aby podtrzymać w nim nadzieję i wiarę w możność wyzdrowienia, ukoić jego obawy, wlać otuchę i siły do znoszenia cierpień. Wiara w lekarza i jego prawdę nieraz przywraca choremu zdrowie, nawet wówczas, gdy w braku tej wiary, chory przestałby istnieć. Prawda apriorystyczna i względna jest w ręku lekarza taką samą prawdą, jaką stanowi swoisty pewny lek uzdrawiający chorego.

Teorja względności Einsteina jest wspaniałym propagatorem i wzorem prawdy apriorystycznej w filozofji medycyny. Jedna i druga mogą oprzeć się na jednym i tym samym wzorze matematycznym i na tych samych wywodach filozoficznych.

Powracając do wpływu współczesnej fizyki, a z nią razem i teorji Einsteina na filozofję medycyny, w pierwszym rzędzie obserwujemy przewrót w pojęciu o energetycznej budowie człowieka, wykrycie nowych prawd i praw kierujących istotą człowieka i jego życiem jako tworu fizycznego; wiemy więc dzisiaj, że człowiek fizyczny jest skondensowaną energją zdolną do adsorbcji i przemiany energji, czerpanej z kosmosu i oddawanej do kosmosu. Następnem poznaniem filozofji medycyny jest prawo nieprzerwanej łączności energetycznej ustroju z kosmosem jako nierozdzielnej całości. Dalszym łącznikiem jest teorja względności, która wniosła do współczesnej filozofji medycyny nowe pojęcia, tworzące metamorfozę w odłamie klasycznej filozofji o kierunku pozytywistycznym, obejmującym pojęcie o człowieku, jako prawdzie takiej, jaką widzimy. Dziś prawda ta jest głębszą i znacznie odmienną.

Rozmaite kierunki w filozofji klasycznej nie stanowią zupełnie odrębnych pojęć, któreby nie miały szeregu punktów stycznych w postaci pomostów łączących różnorakie drogi analitycznego myślenia człowieka.

Z tego punktu widzenia, pomiędzy filozofją klasyczną a filozofją medycyny jest zasadnicza różnica, która w miarę postępu zdobyczy wiedzy lekarskiej i poznawania mikrokosmicznych praw świata, winna stale pogłębiać się w swoisty, charakterystyczny sposób, tworząc pomiędzy kierunkami pozytywizmu a realnego empiryzmu coraz głębszą różnicę, która jednak raz na zawsze jest złączona jednym tylko, lecz niewzruszalnym pomostem. Otóż współczesna fizyka, a z nią i teorja względności różnicę tę pogłębiły znacznie, pozostawiając jednak pomost łączący wymienione dwa kierunki filozofji medycyny, niewzruszonym. Dlaczego tak jest?

Odpowiedź na to znajdziemy w pojęciu istoty ludzkiej, w takiej formie jaką ją widzi lekarz i przyrodnik i jak ją nam tłumaczy dzisiejsza wiedza. W naszych penetracjach w dziedzinie fizyki i lecznictwa wdarliśmy się już w strefę mikrokosmu, natomiast w poszukiwaniu przyczyn cechujących stronę intelektualną człowieka, jesteśmy dalecy od ich źródła. Czy brak w tym kierunku eksperymentu, czy też niezdolność umysłowa człowieka do analizy w sferze pojęć niewymiarowych, w to tutaj nie wnikamy, lecz stwierdzamy, że cechy intelektualne człowieka podporządkowujemy kierunkowi pozytywistycznemu i poniekąd apriorystycznemu w filozofji, natomiast cechy fizyczne — kierunkowi realno-empirycznemu. Dlatego też istnieje i stale pogłębia się różnica pomiędzy temi dwoma odłamami filozofji medycyny. Sprawę tę znakomicie wyświetla teorja względności Einsteina. Zbadajmy ją.

Dla należytego pojęcia teorji względności w jej rozważaniu nad niemożliwością ujęcia całokształtu praw wszechświata przez człowieka operującego pojęciem trójwymiarowem, zagadnienie to teorja względności znacznie ułatwiła, wprowadzając *continuum* czterowymiarowe, dodając wymiar czwarty — przestrzenno-czasowy, jednocześnie twierdząc, że każdy układ odniesienia posiada swój czas; dotyczy to w równej mierze prawa ruchu i przestrzeni.

Zobaczmy, co z tego wynika.

Lekarz pragnie zbadań istotę choroby i zobaczyć, co się dzieje w chorym narządzie. Gdyby, idąc w kierunku rozumowania Einsteina, lekarz mógł zamienić się w istotę o wielkości mikroskosmicznej, to z łatwością przeniknąłby w środowisko choroby, a znając jako fachowiec, jak powinien wyglądać zdrowy narząd, odrazu odróżni w nim wszystkie zjawiska, zobaczy walkę sił ustrojowych z atakującym je wrogiem bądźto w postaci bakteryj, bądź też szkodliwych produktów przemiany materji, lub braku należytej przemiany energetycznej spowodowanej zmianami strukturalnemi w komórkach i t. d. Zobaczy również przebieg rozwoju bakteryj i przebieg walk fizycznych pomiędzy ustrojem a atakującą go chorobą. Tak jednak nie jest. Skoro lekarz nie może zamienić się w mikrotwora-obserwatora, należy twory chorobowe powiększyć do możliwości zbadania ich *ad oculos* przez tegoż lekarza, który jednak zobaczy pod mikroskopem tylko pewne okresy choroby, bakterje i t. d. Twierdzimy więc, że w sferze życia i funkcyj mikrofizycznych możemy obserwować tylko pewne momenty bez ich ciągłości, wychodzące poza ramy czasu i przestrzeni. Dlaczegoż tak jest; a dlatego, że świat mikrofizyczny posiada własny układ odniesienia przestrzenno-czasowy [1]), nie mający nic wspólnego z tymże układem, właściwym człowiekowi, względem innych ludzi. Człowiek więc ma właściwy sobie układ przestrzennoczasowy. Na tem miejscu, w stosunku do wszelkich pojęć filozoficznych, staje filozofja medycyny na wyjątkowo odrebnem stanowisku. Wszak lekarz-człowiek żyjący w granicach właściwych sobie wymiarowości, zmuszony jest być jakby nadczłowiekiem, gdyż wiedza jego każe mu operować wymiarami mikrokosmicznemi, aby zadość uczynić wymaganiom swego zawodu lub też powołania.

---

[1]) „Układ odniesienia" w danym wypadku należy traktować nie jako pojęcie matematyczne lecz praktyczne, wypływające z zagadnień filozofji medycyny.

Z tego też względu, jak już wyżej rzuciliśmy pytanie, czy lekarz zawsze musi być filozofem, możemy tu powiedzieć sobie, że musi być nim wtedy, gdy wykonuje swój fach. Zadanie to jest trudne, ale wszak człowiek jako ustrój, zdrowy czy też chory, z punktu widzenia teorji względności, jest nosicielem czy też reprezentantem dwóch niezależnych od siebie światów fizycznych, z których jeden świat mikrofizyczny — posiada własny układ odniesienia, odrębny pod wieloma względami od drugiego świata — stanowiącego własny kosmos, masą którego jest człowiek — odrębny twór — podlegający innemu, właściwemu sobie, układowi odniesienia. Jak więc widzimy filozofja medycyny, obejmuje dwa odrębne światy, o rozmaitym układzie odniesienia, dwie odrębne prawdy filozoficzne, dwa odrębne kierunki, które jednak zawsze połączone są jednym niewzruszalnym pomostem, o czem wyżej już wzmiankowaliśmy.

Widzimy, że nauka euklidesowa i nauka Newtona tracą tu swą ciągłość; podkreślił to Einstein w swej teorji względności; wkraczają tu natomiast poglądy Łobaczewskiego, Minkowskiego, Einsteina i jego szkoły, która wprowadzając czwarty układ przestrzenno-czasowy i pojęcie o swoistości praw odniesienia, znacznie rozszerzyła i pogłębiła dziedzinę filozofji wogóle, a filozofji medycyny w szczególności.

Podając te krótkie rozważania na temat poruszony w tytule obecnego artykułu, muszę wspomnieć, że człowiek reprezentuje wszak jeszcze jeden odłam filozofji medycyny — obejmujący zagadnienia intelektualne z ich przejawami asocjatywnemi i formą myślenia wyróżniającą człowieka jako istotę uduchowioną. Ten jednak odłam filozofji medycyny na razie możemy wiązać z fizyką i teorją względności wyłącznie tezami apriorystycznemi.

Wyłuszczywszy pokrótce zasadnicze tezy filozoficzne i drogi, któremi kroczy triumfalny pochód dzisiejszej ścisłej wiedzy, wyłania się najważniejsze dla nas lekarzy zapytanie, jakie z tego wszystkiego korzyści może odnieść medycyna?

Otóż odpowiemy na to w sposób następujący:

Widzimy, że fizyka, a z nią razem i teorja względności Einsteina, trzymając się zasady, że „cel uświęca środki", zmobilizowała cały odłam filozofji, obejmującej zagadnienia mające jakikolwiekbądź związek, bodaj najbardziej daleki, z jej celami, aby stworzyć filozoficzne, usystematyzowane podłoże do rozważań mogących przyczynić się do dalszego rozwoju tej wiedzy. Głębokie rozważania filozoficzne, nagięcie pojęć abstrakcyjnych do postaci realnych, któremi operuje umysł człowieka, spowodowało stworzenie hipotez, jak np. hipotezy Einsteina o odchylaniu się promieni przebiegających w pobliżu ciał niebieskich, hipoteza Plancka, Bohra, Rutherforda — o budowie atomu, orbitach elipsoidalnych obiegu elektronów w atomie i t. p. Hipotezy te, ujęte najpierw w formułę matematyczną wynikającą jedynie z filozoficznych rozważań, dały wkońcu nadzwyczajne wyniki, gdyż w ciągu kilkoletniego eksperymentowania dokonywanego jedynie na podstawie teoretycznych wskazówek, zostały zupełnie potwierdzone.

Widzimy więc najpierw śmiałą myśl, potem eksperyment, który potwierdza ją. Otóż logicznie śmiała i równocześnie trafna myśl może powstać przeważnie wówczas, gdy istnieje filozoficzne podłoże w danej gałęzi wiedzy.

A więc bierzmy przykład! Filozofja medycyny, jako nauka o określonych granicach, istnieje dotychczas w formie niezbyt wyraźnej. Usprawiedliwia to fakt ten, że człowiek, jako istota, zbyt głęboko związany jest z kosmosem, wpływy którego na ustrój są tak olbrzymie i rozmaite, że pomimo woli filozofja medycyny musi obejmować wszelkie inne odłamy wiedzy przyrodniczej. Weźmy choćby najdrobniejszy fakt, jak wzmożone parowanie ustroju w nocy i obniżenie jego energetycznych podniet podczas nocy. Tłumaczenie objawów tych możemy ułożyć sobie w następujący szemat: oświetlona słońcem część ziemi kondensuje promienie słoneczne; powodują one wydzielanie ciepła z ziemi, wyzwalając również emanację ciał radjoaktywnych (obliczenia te podaje nam fizyka), które między innemi jonizują powietrze, przytem wyzwala się z ziemi pewna ilość energji powstałej przez wyzwolenie ciał jonizujących. Glob ziemski, ze strony naświetlanej słońcem, stanowi jakby wielki kondensator energji, którą będący na ziemi człowiek również kondensuje; natomiast z przeciwnej swej strony, nieoświetlonej słońcem, a zatem podczas nocy, tenże glob ziemski wyładowuje wielkie ilości swej energji; wystarczają one do promieniowania w przestrzeń, w stopniu widocznym na olbrzymie odległości, tak jak to jest z innemi ciałami w kosmosie.

Wypromieniowywanie ziemi w nocy obejmuje wszystko co na niej istnieje, a zatem i człowieka. Widzimy więc, że obniżenie w nocy podniet energetycznych u człowieka jest zjawiskiem obejmującem w tej lub innej mierze całą nieoświetloną część ziemi. W tem jednem drobnem zjawisku filozofja medycyny wkracza w sferę jakby niezależnych zjawisk w kosmosie, które są jednak ze sobą związane.

Rozważając dalej wiemy, że fizyka wyświetliła obecnie cały szereg zagadnień mających również bezpośredni związek z prawami życia człowieka. Ujęcie tych zagadnień przez medycynę i oświetlenie ich ze swego punktu widzenia może być dokonane jedynie przez pryzmat filozofji medycyny, która jedynie może podać lekarzowi badaczowi temat do rozwiązania w ujęciu czysto fachowem.

Weźmy znów jako przykład sprawy wpływu na ustrój promieni kosmicznych, emanacji ciał radjoaktywnych, znaczenie ich dla jonizacji ciał biorących udział w przemianie materji ustroju, w przemianie energetycznej w tymże ustroju, mikrohygrometrję parowania ustroju oraz szereg ważnych zagadnień, które fizyka oddaje do naszej dyspozycji.

Otóż widzimy konieczność i możność dalszego wzbogacania wiedzy lekarskiej, gruntując naszą filozofję medycyny, jak czynią to ze swoją wiedzą fizycy. Ułatwi to nam w znacznym stopniu rozwiązywanie olbrzymich zagadnień piętrzących się przed lekarzem-naukowcem. Dążność do dalszego wykrystalizowywania filozofji medycyny stanowi najprostszą i najkorzystniejszą drogę do końcowego naszego celu pogłębiania wiedzy praktycznej lekarza, dbającego o zdrowie człowieka i dysponującego pełną władzą nauki lekarskiej, przy pomocy której choremu zdoła przywrócić zdrowie.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Józef FELIX, Dr. Adam SOKOŁOWSKI Kraków.
(część kliniczna)
Dr. Kazimierz ŚCIESIŃSKI (część anat.-patolog.).

Pierwotny zakrzep żyły śledzionowej.

Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. (Dyr.: Prof. Dr. Tadeusz Tempka) i z Zakładu Anatomji Patologicznej U. J. (Dyr.: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski).

Ciąg dalszy.

Leczenie. Już wyżej wspomnieliśmy, że zasadniczym objawem w obrazie klinicznym pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej są krwotoki z przewodu pokarmowego, zagrażające często bezpośrednio życiu chorego. Rzecz jasna, że leczenie zachowawcze tych przypadków, jak uczy dotychczasowe doświadczenie, już zgóry skazane jest na niepowodzenie. Przy tym bowiem sposobie leczenia przyczyna tego objawu klinicznego t. j. sam zakrzep, mimo możliwości wtórnego powrotu drożności, nie przestaje być ciągłą groźbą powtarzających się krwotoków, z których każdy może być śmiertelny. Jedynie więc zabieg operacyjny, polegający na usunięciu rozszerzonych żył śledzionowych łącznie z zakrzepami i koniecznem, oczywiście, równoczesnem usunięciu śledziony, liczyć może na wynik pomyślny.

Leczenie chirurgiczne pierwotnych zakrzepów żyły śledzionowej stosowane być jednak powinno jako *ultima ratio*, t. j. jedynie wtedy, jeżeli krwotoki wysuwają się na czoło obrazu klinicznego. Jest to bowiem zabieg operacyjny ciężki: wielka w tych przypadkach, często pozrastana śledziona i liczne duże porozszerzane i kruche żyły, stanowić mogą czasami trudności techniczne. Ponadto liczyć się również należy i z tą możliwością powikłania, że już w przebiegu pooperacyjnym mimo wycięcia żyły śledzionowej zakrzep wytworzyć się może także i w żyle wrotnej.

Z tych właśnie względów, a nadewszystko z powodu ciężkości zabiegu operacyjnego, są niektórzy autorowie przeciwni leczeniu chirurgicznemu tego cierpienia (Cauchois, Umber). Przeciwwskazania tych autorów nie są jednak pozbawione pewnej względności, zwłaszcza wobec naogół ujemnego rokowania, spostrzeganego przy leczeniu zachowawczem pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej; opanowanie bowiem trudności zabiegu operacyjnego, jakie niewątpliwie przedstawia usunięcie śledziony i zakrzepu żyły śledzionowej, jest w prostym stosunku do sprawności technicznej operującego chirurga. Znamy bowiem dość liczne przypadki z piśmiennictwa i mamy zresztą dowody na jednym z naszych niżej opisanych przypadków, że mimo ciężkości zabiegu (olbrzymia, pozrastana śledziona, bardzo porozszerzane i kruche żyły) trudności techniczne zostały należycie opanowane, a co najważniejsze, że również i chorzy ci znieśli zabieg dobrze i powrócili do zdrowia. Nie od rzeczy będzie tutaj zaznaczyć, że środkiem, mogącym wpłynąć korzystnie na rokowanie tych, do

zabiegu przeznaczonych, przypadków, jest przetaczanie krwi przed zabiegiem, a w razie potrzeby i po zabiegu. Uzyskać bowiem w ten sposób można nietylko poprawę i tak bardzo ciężkiego stanu niedokrwistości, ale też przez odczekanie wybrać czas najbardziej dla zabiegu odpowiedni. Jest rzeczą również ważną, by w przypadkach o znanej etjologji zakrzepu stosowano w miarę możności, jeszcze przed zabiegiem operacyjnym, leczenie tła tego cierpienia. Zwłaszcza energicznie przeprowadzone być powinno leczenie swoiste w tych przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej, w których czynnikiem etjologicznym jest kiła.

Poza ciężkością zabiegu operacyjnego podają niektórzy autorowie i inne powody natury zasadniczej, mające rzekomo przemawiać przeciw chirurgicznemu leczeniu pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej. I tak np. C a u c h o i s jest tego zdania, że, usuwając w tem cierpieniu śledzionę, nie usuwa się przyczyny choroby. Śledziona bowiem nie jest w tych przypadkach narządem, w którym usadowiły się pierwotne zmiany chorobowe; jest raczej tylko wtórnie zmienioną, a przyczyny choroby szukać należy w zmianach histopatologicznych ściany żyły śledzionowej. Zdaniem tego autora splenektomja nie prowadzi wręcz do celu, usuwa się bowiem w ten sposób skutek, a nie przyczynę cierpienia. Pogląd ten, napozór tylko przekonywający, nie wytrzymuje jednak krytyki. Wiemy przedewszystkiem, że leczenie pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej polega nietylko na usunięciu śledziony jako takiem, lecz przedewszystkiem na usunięciu żył śledzionowych wypełnionych zakrzepami, t. j. pierwotnego miejsca schorzenia i tem samem przyczyny krwotoków. Zrozumiałą jest nadto rzeczą, że w tym zabiegu chirurgicznym powinno się dążyć do usunięcia żyły śledzionowej na dużej ile możności przestrzeni i to od wnęki śledzionowej aż do miejsca jej ujścia do żyły wrotnej; w ten bowiem sposób uchronić można chorego od możliwości tworzenia się w ewentualnie pozostawionych częściach żył nowych zakrzepów i ich dalszego przechodzenia na pień żyły wrotnej. Przy tym bądź co bądź radykalnym zabiegu ulec muszą oczywiście podwiązaniu i mniejsze gałązki żył śledzionowych, wobec czego splenektomja staje się koniecznością.

Już wyżej wspomnieliśmy, że przez wycięcie żylakowato rozszerzonych żył śledzionowych łącznie z zakrzepami usuwa się tem samem pierwotną przyczynę krwotoku. Sprawa ta wymaga jeszcze wyjaśnienia z tego powodu, że krwawienia z przewodu pokarmowego w pierwotnym zakrzepie żyły śledzionowej występują, jak to już wiemy, *per diapedesin* w obrębie rozgałęzień żył krezkowych i żołądkowych krótkich w ścianach przewodu pokarmowego, a nie z samych żył śledzionowych. Możnaby się przeto spotkać z zarzutem, że wycięcie żył śledzionowych również nie usuwa właściwej bezpośredniej przyczyny krwotoków. Ale i ten zarzut mógłby mieć tylko pozory słuszności, a to z następujących powodów:

1) nie można nigdy wykluczyć, że bardzo kruche i ścieńczałe ściany żylakowato porozszerzanych żył śledzionowych mogą się stać, jużto samoistnie, jużto przy najlżejszym urazie przyczyną śmiertelnego krwotoku do jamy otrzewnej;

2) usuwając rozszerzone żyły śledzionowe łącznie z zakrzepami, usuwamy możność narastania tych zakrzepów do światła żyły wrotnej i zamykania tem samem po drodze innych ważnych dopływów do żyły śledzionowej, w pierwszym rzędzie żyły krezkowej górnej, co musiałoby stać się przyczyną dalszych ciężkich krwotoków z obszaru rozgałęzień i tej żyły; wreszcie

3) podwiązując przy wycięciu żył śledzionowych z konieczności pień żyły krezkowej dolnej przy ujściu do żyły śledzionowej, zmuszamy tem samem zalegającą krew w obrębie rozgałęzień żyły krezkowej dolnej do szukania sobie innych odpływów, odciążając tem samem ten duży zbiornik krwi. Główną rolę wyrównawczą w krążeniu odgrywają w tym przypadku połączenia pomiędzy rozgałęzieniami żyły krezkowej dolnej i górnej w zakresie jelit i połączenia pomiędzy rozgałęzieniami żył krótkich żołądka i żyły żołądkowosieciowej prawej *(v. gastroepiploica dextra)* w zakresie żołądka. Słuszność naszego rozumowania potwierdzają operowane przypadki pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej, w których po wycięciu splotu rozszerzonych żył śledzionowych łącznie z zakrzepami, krwotoki ustąpiły całkowicie.

Usunięcie śledziony w przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej jest jeszcze z innych powodów usprawiedliwione. Śledziona stanowi bowiem w tych przypadkach guz często wielkich rozmiarów, zajmujący znaczną część jamy brzusznej i wywołujący objawy ucisku na narządy sąsiednie, zwłaszcza na żołądek, sprawiając tem samem niekiedy duże dolegliwości choremu. Tak np. S c h l e s i n g e r doradza splenektomię przy dużej śledzionie pochodzenia kiłowego, wywołującej już przez swe rozmiary dolegliwości. Wykonanie tego zabiegu uważa ten autor za wskazane oczywiście tylko w tych przypadkach, w których leczeniem przeciwkiłowem nie osiąga się zmniejszenia guza.

Śledziona jest ponadto w pierwotnym zakrzepie żyły śledzionowej nietylko anatomicznie ale i czynnościowo zmieniona. Wiemy już z opisu obrazu klinicznego, że w przypadkach tych występuje upośledzenie zarówno układu leukoblastycznego i erytroblastycznego jak również często i trombo-plastycznego, które to zmiany stawiamy w związek przyczynowy ze zmienioną czynnością śledziony. Zachodzić bowiem muszą najprawdopodobniej zaburzenia korelacyjne między śledzioną a szpikiem kostnym. W przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej stwierdza się istotnie z zasady zmniejszoną ilość białych ciałek krwi, często zmniejszoną ilość płytek, a zmniejszoną wskutek krwawień ilość czerwonych ciałek krwi cechować ma upośledzona zdolność odnowy. Że w istocie rzeczy zaburzenia czynności szpiku kostnego odnieść należy do hamującego działania zmienionej śledziony, świadczy ta okoliczność, że po splenektomji leukopenja zamienia się na leukocytozę i ilość płytek znacznie wzrasta (O p i t z). Wspomnieć wreszcie należy, że usunięcie tych groźnych objawów cierpienia, jak krwotoki, łącznie z usunięciem czynnika działającego na układ erytroblastyczny nietylko uratować może chorego od zejścia śmiertelnego, ale sprowadza w dalszym przebiegu zazwyczaj prawidłowy obraz jakościowy i ilościowy czerwonych ciałek krwi.

Rzecz jasna, że wycięcie śledziony łącznie z wycięciem żyły nie usuwają przyczyny cierpienia w sensie usunięcia czynnika etjologicznego i tak w tem cierpieniu często nie dającego się ustalić. Jest jednak rzeczą ważną, że leczenie chirurgiczne usuwa następstwa tak groźnego objawu pierwotnego zakrzepu, jakim są krwotoki z przewodu pokarmowego.

Innego zdania jest C a u c h o i s, co z jego punktu widzenia może mieć pewne pozory słuszności. W istocie rzeczy wyniki leczenia chirurgicznego pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej tego autora nie są zachęcające. Na 8 bowiem opisanych przez niego przypadków tego cierpienia, wykonano dwukrotnie splenektomię i w obydwu tych przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne. Nie wszyscy jednak autorzy mieli tak złe wyniki; sprawa ta, jak ze skromnego ogłoszonego materjału wnosić można, przedstawia się raczej wręcz przeciwnie. I tak np. E p p i n g e r podaje, że z 4 operowanych chorych, 3 zniosło zabieg dobrze i powróciło do zdrowia, a czwarty chory zmarł wskutek zapalenia płuc. D z i e m b o w s k i, jedyny zresztą znany nam autor z polskiego piśmiennictwa, zajmujący się tą sprawą, miał na 3 operowane przypadki 2 razy dobre wyniki. R a u c h e n b i c h l e r wspomina o znakomitej wręcz poprawie stanu zdrowia po splenektomji u jednego chorego. Do niezmiernie korzystnych wyników operacyjnych należy również i nasz niżej opisany przypadek.

Nie wszystkie jednak rozpoznane przypadki pierwotnego zakrzepu śledziony stanowią wskazania do leczenia chirurgicznego. Nie nadają się do tego zabiegu operacyjnego przedewszystkiem te przypadki, w których występują równocześnie objawy niedrożności żyły wrotnej, zwłaszcza krążenie oboczne okołopępkowe, którego mechanizm został już powyżej dokładnie opisany.

Ze względu jedynie na przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego zasługują jeszcze na uwagę przypadki opisane po raz pierwszy przez B a u m g a r t e n a, zwłaszcza z powodu podobieństwa obrazu klinicznego tej jednostki chorobowej do obrazu klinicznego pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej, choć właściwie cierpienia te należą etjologicznie do różnych grup schorzeń. Otóż, w odróżnieniu od pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej, polegają przypadki opisane przez B a u m g a r t e n a rzekomo na wrodzonym niedorozwoju lub zaniku wątroby i na zachowaniu całkowitego światła żyły pępkowej. Przez tę żyłę pępkową przechodzi większa część krwi z żyły wrotnej, a tylko nieznaczna jej ilość przepływa z żyły wrotnej przez wątrobę. Ponieważ z żyły pępkowej krew dostaje się do ogólnego obiegu krwi, zrozumiałą jest rzeczą, że przecięcie i podwiązanie nietylko pnia głównego, lecz nawet większej gałązki, prowadzić może do wyłączenia krążenia obocznego i tem samem do śmierci.

Tak się przedstawia sprawa wskazań i przeciwwskazań do splenektomji w pierwotnym zakrzepie żyły śledzionowej; nie odnosi się to oczywiście do zakrzepów usadowionych w tej żyle, lecz pochodzenia wtórnego.

Przystępujemy teraz do opisu własnych przypadków.

Przypadek I. Wywiady: E. R., lat 31, urzędnik, przyjęty do kliniki dnia 28 sierpnia 1929 r. (L. dz. kl. 491/29). Chory skarży się na ogólne osłabienie, krwawe stolce i bóle w lewej górnej

części brzucha, wzmagające się przy ruchach, nie promieniujące. Po raz pierwszy wystąpiły niespodziewanie wymioty krwawe i smołowe stolce w styczniu 1928 r., poczem kilkakrotnie, w pewnych odstępach czasu, zauważył chory krwawe stolce; również w lutym 1929 r. powtórzyły się wymioty krwawe i stolce smołowe. Wymioty te były obfite (chory stracił około 1 i pół litrą krwi) tak, że pozostawać musiał z powodu wielkiego osłabienia ogólnego w opiece szpitalnej.

W sierpniu 1929 r. znowu wystąpiły obfite krwawe stolce, które sprowadziły chorego na nasz oddział.

Oprócz tych krwotoków z przewodu pokarmowego należy podnieść we wywiadach zakażenie kiłowe przed 7 laty, leczone parokrotnie swoiście. W dzieciństwie przebył chory odrę i dur brzuszny. Alkoholu ani nikotyny nie nadużywał, warunki życiowe dobre. Żona rodziła raz jeden przedwcześnie w 8 miesiącu ciąży.

Badanie przedmiotowe: Chory o budowie średniej, podściółce tłuszczowej licho rozwiniętej. Na pierwszy rzut oka uderza bardzo wielka bladość powłok i dostępnych badaniu błon śluzowych. Skóra sprężysta, wilgotna, bez odcienia żółtaczkowego, nie przedstawia, poza wspomnianą bladością, odchyleń od stanu prawidłowego, w szczególności niema objawów skazy krwotocznej i krążenia obocznego. Gruczoły chłonne obwodowe niemacalne. Źrenice obustronnie okrągłe, równe, oddziaływują dobrze na światło wprost i współczulnie. Serce prawidłowych wymiarów, o prawidłowem ukształtowaniu; to samo tyczy się tętnicy głównej. Nad zastawkami tony wszędzie czyste, miarowe, bez patologicznego wzmożenia i szmerów ubocznych. Tętnice obwodowe bez zmian, tętno 88 w minucie, miarowe, dobrze napięte. Ciśnienie krwi: 120/75 RR. Narząd oddechowy bez zmian. Wątroba niemacalna. Śledziona olbrzymich rozmiarów, sięga dolnym biegunem na 3 palce poniżej linji pępkowej, brzegiem wewnętrznym na 2 palce poza linję środkową ciała, niebolesna, o powierzchni gładkiej, spoistości twardej, brzegu zaokrąglonym. Poza tem nie stwierdza się zmian w zakresie narządów jamy brzusznej. Przy pierwszem badaniu nie można było wprawdzie wykluczyć z zupełną pewnością mininalnej ilości płynu wolnego w jamie brzusznej, jednakże już przy następnych badaniach płynu nie stwierdzano. Układ nerwowy bez zmian. Odruchy ścięgien i okostne prawidłowe. Mocz: jedynie urobilinogen nieco wzmożony, poza tem chemicznie i drobnowidowo bez patologicznych zmian. Stolce: smołowe, krew utajona +++. Badanie krwi: krwinki czerwone wykazują tylko nieznaczną anizocytozę, poikilocytozę i polichromatofilję; w obrazie czerwonych i białych ciałek krwi nie stwierdza się postaci patologicznych. Hb.: 35%. Ciałek czerwonych: 2,760.000. Ciałek białych: 2.800. Wskaźnik barwikowy: 0,7. Płytki krwi: 252.000. Obraz cytologiczny białych ciałek krwi: bazofilów — 0%, eozynofilów — 1%, ciałek obojętnochłonnych młodych — 2%, ciałek obojętnochłonnych z jądrem pałeczkowem — 3%, ciałek obojętnochłonnych wielojądrzastych — 50%, limfocytów — 38%, monocytów — 6%. Układ hemostatyczny: czas krwawienia (Duke) — 1,5 min., czas odczynu (Stephan—Fonio) — 4 min., czas krzepnięcia (Stephan—Fonio) — 10 min. Objaw opukowy, opaskowy, wkłucia wypadły ujemnie. Lepkość krwi: 3,6 (Hess). Surowica krwi o odcieniu prawidłowym, odczyn dwuazowy v. d. Bergha bezpośredni — ujemny, pośredni — słabo zaznaczony, ilość bilirubiny — 0,5 mg %. Oporność krwinek czerwonych na czynniki osmotyczne i chemiczne (saponiny) prawidłowa. Odczyny Wassermanna i Meinickego z krwi, po prowokacji salwarsanem — dodatnie, poza tem wszystkie badania serologiczne i bakterjolgiczne, łącznie z badaniami co do zimnicy, wypadały zawsze ujemnie. Badania czynnościowe wątroby stwierdziły zupełnie prawidłową jej sprawność (próba galaktozowa, lewulozowa, *crise hémoclasique*). Badanie treści żołądkowej (przeprowadzone już po pewnym czasie po ustaniu krwawienia): naczczo nic nie wydobyto, po 45 min. po śniadaniu próbnem Ewalda—Boasa wydobyto około 60 cm³ treści dobrze strawionej, A — 61°, L — 32°, C — 19°. Badanie rentgenologiczne żołądka i jelit nie wykryło, poza przemieszczeniem żołądka w prawo, żadnych zmian.

Przebieg choroby: Stolce smołowe utrzymywały się jeszcze około 10 dni od przybycia chorego do kliniki, krew utajona była jednak przez szereg tygodni jeszcze obecna. Urobilinogen w moczu stwierdzało się tylko w pierwszych dniach pobytu chorego w klinice. Przez cały zaś późniejszy okres spostrzegania klinicznego nie stwierdzono chemicznie i — co szczególnie podkreślić należy — drobnowidowo żadnych zmian w moczu. Ciepłota dochodziła wieczorami czasem do 37,4°. W pierwszych tygodniach pobytu chorego w klinice leukopenja stawała się coraz to wybitniejsza, dochodząc do 1.100 białych ciałek w 1 mm³ krwi, bez wybitniejszych zmian w pierwotnym stosunku odsetkowym; ilość procentowa hemoglobiny i ilość czerwonych ciałek krwi również nie uległa znaczniejszym wahaniom. Od 4-go tygodnia pobytu w klinice zaczęto stosować ostrożne leczenie przeciwkiłowe. Pod wpływem tego leczenia poprawiał się stopniowo wyraźnie stan podmiotowy i przedmiotowy chorego. I tak, po blisko 5-cio miesięcznem leczeniu obraz krwi mało co odbiegał od prawidłowych stosunków: Hb — 78%, ciałek czerwonych 6,240.000, wskaźnik barwikowy — 0,8, ciałek białych 4.200. Również w obrazie odsetkowym zwiększyła się, w stosunku do wyników poprzednich, ilość białych ciałek wielojądrzastych na niekorzyść limfocytów i monocytów. Samopoczucie chorego uległo poprawie, stany podgorączkowe ustąpiły, jedynie guz śledziony pozostał bez zmian. Przez cały ten paromiesięczny okres spostrzegania nie stwierdzono, zresztą jak i poprzednio, żadnych zmian w zakresie narządu sercowo-naczyniowego, również wątroba nigdy nie była macalna.

Po tem długiem przygotowawczem leczeniu przesłano pacjenta do kliniki chirurgicznej z rozpoznaniem *thrombosis venae lienalis luetica* celem wykonania splenektomji. Tło kiłowe przyjęliśmy z wszelkiem prawdopodobieństwem z tego powodu, że mieliśmy w danym przypadku do czynienia z czynnem zakażeniem kiłowem, a nie było żadnych danych ani anamnestycznych ani przedmiotowych do przyjęcia jakiegokolwiekbądź innego czynnika etjologicznego. Na zabieg operacyjny zdecydowaliśmy się więc mimo tak wybitnej poprawy przedmiotowej i podmiotowej chorego, zdawaliśmy sobie bowiem dokładnie sprawę, że jest to tylko chwilowa poprawa, za czem przemawiał zresztą cały dotychczasowy przebieg chorobowy; w ustroju pozostała przecież nadal przyczyna krwotoków, mogąca każdej chwili zagrażać życiu chorego. Nieobojętny też był ten moment, że w ustroju pozostał nadal olbrzymi guz śledziony, ugniatający sąsiednie narządy i sprawiający duże dolegliwości choremu.

Splenektomję wykonano dnia 25. III. 1930 r. w II. klinice chirurgicznej U. J. (Prof. Dr. Jan Glatzel). Protokół operacyjny jest następujący: „Znaleziono śledzionę powiększoną do kolosalnych rozmiarów, sięgającą na prawo aż pod prawy płat wątroby. Płynu wolnego w jamie brzusznej nie stwierdzono. Wątroba bez zmian. Wyłuszczenie śledziony, stosowane zazwyczaj, było w tym przypadku niemożliwe z powodu bardzo licznych porozszerzanych żył. Wobec tego kolejno podwiązano żyły śledzionowe, bardzo porozszerzane. Żyły te po przecięciu zawierały w sobie skrzepy, jużto świeże czerwone, jużto szarawe w okresie organizacji. Przekrój żył t. j. ich światła wynosił od kilku milimetrów do 1½ cm. Ściany żył bardzo kruche, bardzo łatwo krwawiły, choć w miernym stopniu. Po podwiązaniu żył i tętnicy śledzionowej uwolniono śledzionę z jej więzadeł i wydobyto ją w całości".

Zabieg zniósł chory dobrze, jednakże przebył w jego następstwie zapalenie obu dolnych płatów płuc z ropnym wysiękiem opłucnym i przebiciem późniejszem do oskrzeli. Powikłania te przebył chory szczęśliwie i opuścił klinikę dnia 21. VI. 1930 r. w stanie wybitnej poprawy. Obraz ilościowy i jakościowy krwi przedstawiał się następująco: Hb. — 88%, ciałek czerwonych — 5,600.000, ciałek białych — 9.600, wskaźnik barwnikowy — 0,7. Obraz odsetkowy białych ciałek krwi: eozynofilów — 4%, bazofilów — 2%, ciałek obojętnochłonnych z jądrem pałeczkowem — 4%, ciałek obojętnochłonnych wielojądrzastych — 60%, monocytów — 4%, limfocytów — 26%.

Od czasu opuszczenia kliniki przez chorego mieliśmy sposobność parokrotnie badać go ambulatoryjnie, ostatni raz w październiku 1931 r. Ta 17-miesięczna obserwacja pozwala stwierdzić, że zarówno stan podmiotowy jak i przedmiotowy pacjenta jest zupełnie dobry, chory pracuje intensywnie 10 godzin dziennie, przybrał kilkanaście kg na wadze, żadnych skarg nie podaje. Wątroba niemacalna. Narząd krążenia fizycznie i rentgenologicznie, jak poprzednio, bez zmian. W moczu niema nic patologicznego. Krew utajona w kale: 0. Obraz krwi był ostatnim razem następujący: Hb — 85%, ciałek czerwonych 5,600.000, ciałek białych 9.800. W obrazie odsetkowym białych ciałek krwi utrzymuje się tylko mierna limfocytoza.

Przypadek nasz przedstawia się zatem klinicznie następująco: U osobnika względnie młodego, 31-letniego, zakażonego przed 7 laty kiłą, z dodatnim odczynem Wa z krwi, występują nagle bardzo obfite, powtarzające się krwotoki z przewodu pokarmowego, przy braku skazy krwotocznej, przy fizycznie i czynnościowo niezmienionej wątrobie i przy braku zmian w zakresie całego przewodu pokarmowego i narządu krążenia. Stwierdza się natomiast śledzionę dużych rozmiarów, niedokrwistość wtórną o cechach anhemolitycznych, ponadto leukopenję z neutrocytopenją i względną limfocytozą i monocytozą. Mimo dodatniego

odczynu Wa nie stwierdza się klinicznie żadnych zmian kiłowych w zakresie układu nerwowego, narządu krążenia, wątroby i gruczołów obwodowych.

Jaką jednostkę chorobową mamy w naszym przypadku? Postaramy się dla uniknięcia powtarzania tylko pokrótce omówić wszystkie te sprawy chorobowe, mogące tu wchodzić w grę, bowiem uwzględnione już zostały dokładnie na wstępie naszej pracy. Otóż w rozważaniu rozpoznania różniczkowego postaramy się przedewszystkiem wykluczyć cały szereg schorzeń takich jak: białaczkę, a to na podstawie obrazu morfologicznego krwi, zimnicę — z powodu braku pasorzytów i melaniny we krwi, żółtaczkę hemolityczną — nie mamy bowiem w naszym przypadku zmian barwikowych w skórze oraz zmniejszenia oporności krwinek czerwonych na czynniki osmotyczne, ponadto na pierwszy plan występują u naszego chorego gwałtowne krwawienia z przewodu pokarmowego, objaw nie należący do obrazu klinicznego żółtaczki hemolitycznej. Również szereg innych schorzeń, przebiegających z powiększeniem śledziony nie wchodzi tu w rachubę, jak choroba Gauchera, policytemja, ziarnica złośliwa, wreszcie gruźlica, ropień i nowotwór śledziony. Wiemy bowiem, że choroba Gauchera występuje rodzinnie, przebiega z nacieczeniem komórkami Gauchera wątroby i gruczołów chłonnych, wreszcie stwierdza się w tem cierpieniu zabarwienie skóry i błon śluzowych, których w przypadku naszym niema. W dalszym ciągu stosunki ilościowe krwinek czerwonych pozwalają na wykluczenie policytemji, brak zajęcia innych gruczołów, limfocytoza, brak świądu, wykwitów, biegunek, przemawiają przeciwko ziarnicy złośliwej, — wreszcie brak zmian gruźliczych w innych narządach, brak cech klinicznych ogniska ropnego i gładka śledziona wykluczają gruźlicę, ropień i sprawę nowotworową złośliwą.

Po wykluczeniu tych jednostek chorobowych należy w rozpoznaniu różniczkowem uwzględnić przedewszystkiem jeszcze: chorobę, względnie zespół objawów, Bantiego, marskość zanikową wątroby o typie splenomegalicznym, kiłę wątrobno-śledzionową oraz pierwotny zakrzep żyły śledzionowej, — te bowiem jednostki chorobowe są do obrazu klinicznego naszego przypadku najbardziej zbliżone. Już jednak przedewszystkiem z powodu zupełnie prawidłowej wątroby wykluczyć można trzy pierwsze jednostki chorobowe. Powtarzające się natomiast krwotoki przewodu pokarmowego, śledziona olbrzymich rozmiarów, niedokrwistość wtórna i leukopenja każą nam, przy równocześnie niezmienionej wątrobie, w pierwszym rzędzie myśleć o pierwotnym zakrzepie żyły śledzionowej, którego symptomatologię na wstępie już bliżej omówiliśmy. Ponieważ w przypadku naszym mamy do czynienia z czynnem zakażeniem kiłowem, przyjąćby należało, że tłem tego zakrzepu mogą być właśnie zmiany kiłowe usadowione pierwotnie w ścianie żyły śledzionowej, względnie w ścianie jej drobniejszych gałązek dopływowych. Zwłaszcza o kile, jako o czynniku etjologicznym należałoby w danym przypadku myśleć, gdyż coraz częściej gromadzą się doniesienia, że pierwotny zakrzep żyły śledzionowej dotyczył chorych właśnie z przebytą kiłą (Schlesinger). Przeciw pierwotnej zmianie kiłowej śledziony przemawia jej kolosalna, w stanach tych chorobowych nie spotykana, wielkość i brak dających się fizycznie stwierdzić zmian kiłowych w innych narządach.

Z rozpoznaniem więc *thrombosis venae lienalis luetica* z podkreśleniem, że sprawa pierwotna (kiłowa?) usadowiona jest w żyle śledzionowej przesłaliśmy chorego do II. kliniki chirurgicznej U. J. celem wykonania splenektomji. Wskazanie do zabiegów było całkowicie usprawiedliwione tem, że, jak to już podnosiliśmy, zakrzepy te stać się mogą w każdej chwili nadal źródłem nowych, często śmiertelnych krwotoków; ponadto guz ten był tak olbrzymich rozmiarów, że wskutek ciężaru i ucisku na sąsiednie narządy jamy brzusznej obrzydzał wprost życie choremu.

Zabieg operacyjny, jak to z wyżej przytoczonego protokołu kliniki chirurgicznej widać, potwierdził nasze rozpoznanie w całej rozciągłości, i to zarówno co do obecności zakrzepu, jak i jego siedziby w żyle śledzionowej, przy niezmienionej wątrobie. Wyciętą śledzionę łącznie z kikutami pni naczyniowych poddaliśmy w dalszym ciągu dokładnemu badaniu histo-patologicznemu, wykonanemu w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J.

Wynik badania anatomo-patologicznego.

Badanie makroskopowe. Waga: 1.260 g. Wymiary 25,5×14×6 cm. Śledziona znacznie powiększona (mniej więcej siedmiokrotnie) twarda, kształt ogólny zachowany. Torebka gładka, na powierzchni przeponowej równomiernie i nieznacznie zgrubiała. We wnęce znajduje się kikut żyły, średnicy 1,5 cm, podwiązanej oraz drugiej również podwiązanej żyły, średnicy 7 mm, w odstępie 6 cm od poprzedniej ku górnemu końcowi śledziony. Każdej żyle towarzyszy tętnica. Po przecięciu podwiązki dobywa się z żył dość duża ilość płynnej ciemnoczerwonej krwi. Na przekroju głównym widać w większej żyle mały skrzep krwi ciemnowiśniowy, soczysty, sprężysty, luźno tkwiący w świetle. Ściany żył cienkie, wiotkie, błona wewnętrzna gładka, lśniąca, światło zachowane, dość szerokie. Rysunek śledziony na przekroju zupełnie zatarty, miąższ barwy dość jednostajnej szarawoczerwonej, tylko w dolnym biegunie widać na przestrzeni owalnej wielkości 3×6 cm, mniej więcej w kształcie klina ułożone liczne drobne wybroczyny kropkowane. Nie widać wyraźnych grudek śledzionowych, chyba że okażą się niemi przy badaniu drobnowidowem zrzadka rozsiane drobne szarawe guzki, wielkości główki od szpilki. Beleczki śledzionowe są widoczne jako cienkie, szarawe pasemka. Koło drobnych gałązek naczyń krwionośnych czy też beleczek śledzionowych widać dość liczne, nieregularnie rozsiane ogniska okrągławe, owalne lub kształtu nieregularnego, średnicy 1 do 2 do 3 mm, barwy rdzawożółtawej.

Do badania drobnowidowego pobrano wycinki z licznych miejsc, różniących się makroskopowo, ustalono je w 10% rozczynie formaliny, alkoholu absolutnym i płynie Ortha. Wykonano skrawki z wycinków zamrażanych oraz przepojonych parafiną i celoidyną. Barwiono następującemi sposobami: hematoksyliną i eozyną, sudanem III, sposobem van Giesona, włókna sprężyste i tkankę łączną sposobem Fraenkla, fukseliną Weigerta, sposobem Malloryego w modyfikacji Huetera, sposobem Bielschowsky'ego-Marescha, May-Grünwald-Giemsy, wykonano odczyny oksydazowe, peroksydazowe, wapnia i żelaza.

Badanie drobnowidowe: Torebka śledziony nieco zgrubiała, zawiera dość liczne włókna sprężyste. Również w beleczkach, zrzadka napotykanych, widać dość silnie rozwinięte włókna sprężyste.

Grudki śledzionowe dość równomiernie, ale zrzadka rozmieszczone; wielkość grudek nie odbiega przeważnie od wielkości prawidłowej (od 200 do 700 mikronów), grudki wielkości 300 do 550 mikronów stanowią większość. Składają się przeważnie z limfoblastów, na obwodzie zaś widać tylko nieliczne limfocyty. Tętnice środkowe mają ściany nieco zgrubiałe. Siateczka w obrębie grudek prawidłowo rozwinięta, nie spostrzega się ani zgrubienia ani też pomnożenia siateczki i tkanki łącznej w obrębie grudek.

Zatoki śledzionowe bardzo liczne, gęsto koło siebie ułożone, śródbłonki ich dość wyniosłe, gdzie niegdzie dość znacznie wypuklają się do światła zatoki. W świetle zatok znajdują się limfocyty, liczne leukocyty wielojądrzaste obojętnochłonne i kwasochłonne (szczególnie wyraźnie w preparatach, w których wykonano odczyn oksydazowy i peroksydazowy). Siatka łącznotkankowa wogóle wyraźnie wzmożona (preparaty barwione sposobami van Giesona, Fraenkla, Malloryego, Bielschowsky'ego-Marescha). Pod torebką śledziony oraz gdzie niegdzie w głębszych warstwach miąższu widać duże wybroczyny, obejmujące także zatoki śledzionowe.

W błonie środkowej niektórych tętnic beleczkowych i nazewnątrz od niej oraz naokoło tych tętnic widać w preparatach niebarwionych (są to makroskopowo widoczne rdzawożółtawe ogniska) złogi barwika żółtawobrunatnawego i zielonawego. Złogi te w preparatach, barwionych hematoksyliną i eozyną, w większej części barwią się ciemnoniebiesko w postaci cienkich i grubych gałązek, układających się nieregularnie krzaczasto naokoło tętnicy wśród tkanki łącznej włóknistej. W samej ścianie tętnicy widać albo w błonie środkowej albo nazewnątrz od niej nierównomiernie poprzerywane pałeczkowate złogi ciemnoniebieskie. Wszystkie opisane złogi barwią się w preparatach, w których wykonano odczyn żelaza, niebiesko (błękit Turnbulla). Oprócz dodatniego odczynu żelaza, pałeczkowate i krzaczasto ułożone złogi żółtawe względnie żółtawozielonawe rozpuszczają się pod wpływem kwasu solnego, nie tworząc pęcherzyków gazu i pod działaniem kwasu siarkowego; nie zdołano jednak wykazać kryształków gipsu. Złogi te barwią się purpuryną (sposobem Grandisa i Maininiego) wybitnie czerwono, natomiast sposobem Kossy barwią się tylko słabo. Naokoło tętnic otoczonych złogami znajdują się przeważnie wybroczyny, okalające płaszczowato te ogniska. W sąsiedztwie wybroczyn znajdują się w śródbłonkach zatok drobne grudki barwika brunatnego z dodatnim odczynem żelaza.

Rozpatrując obraz makroskopowy i mikroskopowy badanej śledziony należy podkreślić, że nie znaleźliśmy zmian typowych dla jakiejkolwiek sprawy chorobowej. Na podstawie badania histologicznego można zgóry wykluczyć powiększenia śledziony, jakie powstają w przebiegu schorzeń układu krwiotwórczego, w szczególności sprawy białaczkowe. Nic w obrazie makroskopowym ani mikroskopowym nie przemawia za sprawą nowotworową. Można tutaj wykluczyć również przewlekłe przekrwienie bierne na tle

spraw chorobowych, toczących się w płucu i wzmagających opory w małem krążeniu krwi, dalej na tle wad zastawkowych serca lub schorzeń mięśnia sercowego, utrudniających odpływ krwi z płuc. Powstają tu obrazy, tak zgoła różne od obrazu stwierdzonego w naszym przypadku, że nie można o nich myśleć. Nie znaleźliśmy żadnych znamion, mogących świadczyć o sprawie swoistej, mianowicie o sprawie gruźliczej czy też szczególnie kiłowej. Obraz histologiczny nie odpowiada znamionom, znajdowanym w kile wrodzonej. Zmiany zaś śledziony w późnych okresach nabytej kiły — tylko ta postać mogłaby tu wchodzić w grę, ponieważ zakażenie nastąpiło w roku 1921, zaś odczyn Wassermanna pozostawał stale dodatni — są, jak to podnosi Lubarsch, nie cechujące, chyba że występują pod postacią kilaków, rzadko tylko spotykanych w śledzionie. Nie znaleźliśmy wreszcie zmian histologicznych w badanej śledzionie, przemawiających za chorobą Bantiego, brak bowiem t. zw. fibroadencji czyli zwłóknienia grudek śledzionowych, posuniętego do zaniku grudek, opisywanego jako najcharakterystyczniejsza cecha tego schorzenia (prócz zmian w wątrobie). Nie stwierdza się również wybitniejszego bujania włókien kratkowych i sprężystych koło tętnic, znajduje się natomiast obecność złogów hemosyderyny, nigdy nie znajdowanej w chorobie Bantiego. Zatem i tę postać chorobową można odrzucić, uwzględniwszy brak zmian makroskopowych wątroby (p. protokół operacji).

Tła powstania zakrzepów w żyłach śledzionowych nie rozstrzygnęło badanie histologiczne ściany tych żył, (które z natury rzeczy było ograniczone do części z bezpośredniego sąsiedztwa śledziony, znajdujących się w preparacie operacyjnym). Wedle protokołu operacji znaleziono podczas zabiegu „bardzo liczne porozszerzane żyły“ śledzionowe, które „po przecięciu zawierały w sobie skrzepy, już to świeże czerwone, już to szarawe w okresie organizacji; przekrój żył t. j. ich światła wynosił od kilku milimetrów do półtora centymetra; ściany żył bardzo kruche i bardzo łatwo krwawiły choć w miernym stopniu“. Otóż w ścianach kikutów żył, pozostałych przy wyjętej śledzionie, nie było ani zmian zapalnych, ani kiłowych, ani cech flebosklerozy, wogóle żadnych takich zmian, do którychby można napewno odnosić zakrzepy. Czy jednak nie było również żadnych wyraźnych zmian w dalszych, niewyciętych częściach żył śledzionowych, albo może w ich dopływach, jak w krótkich żyłach żołądkowych, żyle krezkowej dolnej lub żyłach trzustkowych, skąd zakrzep mógłby się posunąć na żyłę śledzionową — to stwierdzić byłoby możliwe chyba przy badaniu pośmiertnem. Wobec bardzo znacznego rozszerzenia i kruchości żył śledzionowych, co stwierdzono przy operacji, nie możnaby też wykluczyć zakrzepów na tle żylakowatego rozszerzenia żył śledzionowych, co wprawdzie niezmiernie rzadko, ale przecież nastąpić może; swój własny przypadek taki u 17-letniego młodzieńca z policytemją przytacza Lubarsch (w Henke-Lubarsch, Handb. der spez. pathol. Anatomie, tom I, część 2, str. 432) w zestawieniu 65 przypadków zakrzepu żyły śledzionowej, które zdarzyły się w szpitalach berlińskich w ciągu 8 lat. Jednak i naodwrót, znalezione przy operacji rozszerzenie żył, nawet tak znaczne, mogłoby być nie przyczyną, ale dopiero skutkiem zakrzepu.

W przypadkach zakrzepu żyły śledzionowej, trwającego dłuższy czas, następstwa uwydatniają się wedle Lubarscha bardzo wybitnie. Zatoki bywają w różnym stopniu nieregularnie wypełnione krwią, czasem tworzą się nawet torbiele zatok (*„Sinuszysten“*), tkanka łączna ulega nieprawidłowemu rozwojowi zwłaszcza w sąsiedztwie żył beleczkowych, ale także w obrębie grudek śledzionowych, włókienka siateczkowe ulegają zgrubieniu, grudki śledzionowe rozsunięciu oraz częściowo zmniejszeniu, powstają większe wybroczyny, szczególnie pod torebką, które sprowadzają powstanie złogów wapnia i żelaza w postaci nieregularnych krzaczastych ognisk; torebka może również grubieć. Powyższy opis Lubarscha zgadza się z małemi odchyleniami z obrazem histologicznym, jaki znaleźliśmy w naszym przypadku. Wielkość i waga śledziony w naszym przypadku stoi w porównaniu z przypadkami, podanemi przez Lubarscha (Cauchois, Eppinger, Oettinger, Fiessinger) na górnej granicy, a przekracza wymiary i wagę, podaną przez Lubarscha w materjale berlińskim.

Uwzględniając obraz kliniczny i porównując go z przypadkami zakrzepu żyły śledzionowej, opisanemi poprzednio (Eppinger, Brugsch, ostatnio Rosenthal, Opitz), w których autorowie podnoszą zespół objawów: powiększenie śledziony (*splenomegalia*), powtarzające się krwawienia żołądkowo-jelitowe, leukopenję mniej lub więcej szybko występującą, jako cechujące to cierpienie, — musimy nasz przypadek, poparty badaniem podczas operacji i badaniem anatomicznem i histologicznem śledziony, zaliczyć do tego rodzaju schorzeń. Czy w tym przypadku należy zakażenie kiłowe stawiać w bezpośredni związek przyczynowy z powstaniem zakrzepu żyły śledzionowej, nie zdołalibyśmy rozstrzygnąć badaniem histologicznem, ponieważ nie wykryliśmy zmian w żyle śledzionowej (przynajmniej w odcinku z bezpośredniego sąsiedztwa śledziony, który otrzymaliśmy do badania wraz z preparatem operacyjnym) wogóle, a w szczególności nie znaleźliśmy zmian, mogących przemawiać za toczącą się sprawą kiłową w ścianie żyły śledzionowej. Przyjęciu zaś zmian w samej śledzionie jako następstwa dawnego zakażenia kiłowego sprzeciwia się stwierdzony przez nas obraz makroskopowy i mikroskopowy śledziony.

Badanie anatomo-patologiczne uzupełniło zatem wynik badania laparotomijnego na stole operacyjnym. Stwierdzono bowiem nietylko obecność starych i świeższych skrzepów, i to usadowionych w żyle śledzionowej, zdołano jednak nadto przez wykluczenie zmian kiłowych śledziony, udowodnić, że w naszym przypadku zachodził pierwotny zakrzep. Wprawdzie badanie histopatologiczne żył śledzionowych nie wykryło zmian w ścianach tych żył, mogących z pewnością tłumaczyć tło zakrzepów, to jednak, jak już wyżej wspomnieliśmy, nie jest rzeczą wykluczoną, że zmiany, i to być może kiłowe, usadowione były pierwotnie w ścianie jakiejś gałązki żylnej dopływającej do żyły śledzionowej. Zakrzep więc, tam pierwotnie powstały, usadowić się mógł dopiero przez narastanie w samej żyle śledzionowej, dając oczywiście klinicznie objawy pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej.

Dok. nast.

Dr. T. BIAŁYNICKI-BIRULA, Nacz. Lek. Sant. Zw. Prac. Poczt, Telg. i Telf. Zakopane.

O ujednostajnieniu pracy w instytucjach przeciwgruźliczych [1]).

(Znakowanie stanów gruźliczych).

Ujednostajnienie pracy wszelkich instytucyj przeciwgruźliczych jest jedną z najdonioślejszych kwestyj naszej ftyzjologji doby obecnej: posiada ona znaczenie wielorakie, jak każdy ustalony język wspólny dla wszystkich specjalistów danej gałęzi pracy czy też nauki.

Takie ujednostajnienie pracy doprowadzi do niezmiernej łatwości w opracowaniu statystycznych danych, których obfitością niestety pochwalić się nie możemy, z drugiej strony ułatwi znakomicie opracowanie najróżniejszych tematów naukowych. Dziś każda instytucja przeciwgruźlicza, w której pracuje chociażby jeden lekarz o umyśle ruchliwym, przeprowadza te lub inne doświadczenia bądź natury technicznej, bądź teoretycznej, ma ona w swych archiwach różne materjały i różne obserwacje. Podobne materjały posiada również niejeden lekarz praktykujący, a prowadzący mniej lub więcej obszerne notatki o swoich pacjentach, t. zn. historje chorób.

Są to jednak materjały odosobnione, przeważnie w „różnych językach“ zebrane; materjał jednostki poszczególnej bywa nieraz za mały, ażeby nim publicznie operować było można. Jeśliby natomiast materjały te były spisywane w jednym wspólnym języku, wówczas wykorzystanie ich oparte byłoby na wielkich liczbach, a wnioski z nich wysnute byłyby mocno ugruntowane. Poza tem praktycznie należy liczyć się z tem, że niekażdy pilny i rzutki obserwator ftyzjolog ma jednocześnie ochotę do pisania, ten zaś, kto uczyniłby to chętnie, dziś nie ma możności wykorzystania cudzego materjału. Obecnie taka praca nad materjałem cudzym musiałaby polegać na sumiennem studjowaniu każdej poszczególnej historji choroby oraz na wniknięciu w rozumowania teoretyczne piszącego tę historję; te rozumowania cudze napewno bardzo często byłyby odmienne od rozumowań pracującego — co znów komplikowałoby pracę w sposób nie dający się określić.

Wszystko to wymaga takiego wysiłku i takiej ilości czasu, że praktycznie staje się niewykonalne. Dlatego też nie mamy w piśmiennictwie ani jednej pracy opartej na danych kilku sanatorjów, a chyba nie można wątpić, że np. wspólnie opracowany materjał sanatorjów zakopiańskich dałby olbrzymi materjał naszej ftyzjologji.

Nie wymagają specjalnego uwypuklenia korzyści, jakie wynikają z idei wspólnego języka — dla chorych; wymienię tu jako przykład — chorych z odmą sztuczną, kiedy powstaje pytanie czy O. S. może być zakończona, a kiedy dane dotyczące stanu poprzedniego odgrywać mogą nieraz rolę decydującą.

---

[1]) Referat wygłoszony 27. VI. 1932 na VI Zjeździe Zrzeszenia Dyrektorów Sanat. przeciwgruźl. o char. społ. w Ludwikowie.

Nie ulega również wątpliwości, że wielekroć nie próbowalibyśmy niepotrzebnie, każdy na swoją rękę, różnych sposobów i środków leczniczych, że również wiele tych sposobów i środków, których wartość została przez kogo innego stwierdzona — stosowalibyśmy szerzej i z większą pewnością i t. d.

Jakież dziedziny ma ogarnąć taka unifikacja? Z powyższego widać to dość wyraźnie: *cała faktyczna strona pracy ftyzjologicznej* z możliwie całkowitem pominięciem tego, co jest tylko teorją. Z tego punktu widzenia unifikacji musiałyby podlegać:

1) znakowanie objawów osłuchowych,
2) znakowanie przypadków chorobowych,
3) wzór historji choroby,
4) książeczki odmowe,
5) ramowy schemat sprawozdań rocznych.

„Zrzeszenie Dyrektorów Sanatorjów przeciwgruźliczych o charakterze społecznym" rozwiązało punkt 1, podając opracowany sposób znakowania w P. Gaz. Lek. Nr. 38/31 oraz wprowadzając go w tych sanatorjach. Związek przeciwgruźliczy uczyniłby doniosły krok naprzód, jeśliby zrezygnował w swych instytucjach z francuskiego znakowania objawów płucnych. Znakowanie to bardzo nieprzejrzyste, trudne w praktyce przez konieczność manipulowania całym kompletem przyrządów kancelaryjnych, przez przeładowanie bardzo małego schematu klatki piersiowej graficznemi znakami, dla których nie można znaleść praktycznej potrzeby — dawno już czas zastąpić znakowaniem krajowem, bez porównania dogodniejszem.

Chcę dłużej nieco zatrzymać się przy punkcie drugim, który pod wieloma względami gra rolę nawet większą, a którego rozstrzygnięcie napotkało na wielkie trudności.

Wspomniane zrzeszenie Dyrektorów poświęciło tej sprawie sporo czasu, dotychczas jednak nie mogło bliżej podejść do jej rozstrzygnięcia. Myślę, że wogóle do rozstrzygnięcia takiego nie dojdzie, a przynajmniej do rozstrzygnięcia celowego, któreby przez długi czas utrzymać się w praktyce mogło. Powodem tego jest niewłaściwe podejście do zagadnienia. Zagadnienie to traktowane było dotychczas w płaszczyźnie stworzenia lub też przyjęcia już istniejącego, *podziału postaci gruźlicy płucnej*, klasyfikacji tej gruźlicy.

Klasyfikacja gruźlicy płucnej przy obecnym stanie nauki jest czemś tak nieustalonem, co chwila zmieniającem się, że trudno wyobrazić, ażeby się udało znaleść coś, co byłoby dla wszystkich ftyzjologów do przyjęcia, a — co bodaj najważniejsze — czego istnienie mogłoby potrwać jakiś dłuższy czas. A przecież o tę długotrwałość właśnie i chodzi! Jest niezmiernie ważnem, ażeby zebrane d z i ś materjały mogły być łatwo wykorzystane dla nauki w ciągu możliwie długiego czasu.

Skoro tak sprawy stoją, to należy spróbować podejść do tej kwestji z innej strony, usuwając z niej to, co jest wątpliwe, a zostawiając to, co można uznać za ustalone i nadające się do przyjęcia przez wszystkich z tem, ażeby nawet niezwykłe i rewolucyjne odkrycia nie uczyniły z naszych dzisiejszych danych materjału nieużytecznego.

Weźmy rzecz całą z praktycznego punktu widzenia. Jeśli ftyzjolog dostaje chorego w opiekę, to po zbadaniu go i zanotowaniu wszelkich danych, które wyjaśniają dzisiejszy stan kliniczny, a ściślej mówiąc, anatomo-patolog., przechodzi on do kwestyj głębszych, chce mianowicie uzyskać materjał do oceny „życiowej wartości" pacjenta. Pod mianem tem rozumiem całokształt danych dotyczących przydatności pacjenta do wykonywania wysiłków, których od niego wymaga życie w pełnem znaczeniu tego słowa.

Po ustaleniu tych dwóch grup danych zastanawia się ftyzjolog nad teoretycznem ujęciem danego przypadku, t. zn. nad umieszczeniem go w tej lub innej szufladce z wielu szufladek ustalonych przez jakiś autorytet, a w nielicznych wypadkach przez niego samego; inaczej mówiąc, szuka dla swego przypadku miejsca w jakiejkolwiek klasyfikacji. I właśnie od tego momentu zaczyna się niezgodność pomiędzy ftyzjologami wobec braku klasyfikacji ustalonej i jednej dla wszystkich.

Ta część naszych rozumowań, która wynika z zasad mniej ustalonych, jest często zawodną, w praktyce dotyczy to: a) prognozy, która, jak się wie z doświadczenia, niezbyt często się sprawdza, b) początków sprawy gruźliczej — o czem wciąż dyskutujemy i c) dróg, jakiemi się te sprawy w organizmie szerzą. Nie chcę przez to powiedzieć, że wszystkie inne kwestje są niezbite i jasne, stwierdzam jedynie, że w nich jest więcej jasnych, ogólnie przyjętych miejsc, że przez to operować możemy tylko niemi, to znaczy, *obrazem zmian klinicznych w narządzie chorym oraz wartością życiową przypadku.* Jeśli więc będziemy operować materjałem w ten sposób ograniczonym, wówczas łatwiej znajdziemy język wspólny, gdyż pozostanie wtedy każdemu możność swobodnego teoretyzowania w dowolnym kierunku i w dowolnych granicach. Przy włożeniu danego przypadku do tej lub innej szufladki teoretycznej, każdy ftyzjolog będzie miał zupełnie wolną rękę. Ponieważ poza tem każdy, kto nie traktuje tylko rzemieślniczo swego zawodu, pragnie zebrać dla siebie lub dla innych materjał naukowy, przeto dążąc do ujednostajnienia całkowitego, należy znaleść wspólny język dla różnych możliwości w tym kierunku. W tym celu najlepiej nadawałby się dokładny opis wyliczonych momentów, a więc albo historja choroby albo treściwy wiele dający jej wyciąg. Do tego, co już wypowiedziałem wyżej o historji choroby, dodać muszę (w odniesieniu również i do wspomnianych wyciągów), że tak przy pisaniu, jak i przy czytaniu — zabierają one zbyt wiele czasu, nieraz bywają nieużyteczne dla nas z powodu zwyczajnej nieczytelności pisma, nie mogą być dane pacjentowi do ręki, ażeby mógł je dać lekarzowi, w opiekę którego od nas przechodzi i t. d.

Sprawa natomiast rozwiąże się prosto, jeśli zatrzymamy się na kilku symbolach, inaczej mówiąc — jeśli obserwowane przez nas przypadki będziemy „znakować" analogicznie do tego, jak to czynimy z objawami fizykalnemi, które w płucach stwierdzamy. Jasne jest z poprzedniego, czego się spodziewamy po tych znakach, musimy tylko ustalić, jakie są nasze w stosunku do nich wymagania.

Muszą one być: 1) łatwe do wykonania, 2) trudne do zniekształcenia i błędnego odczytywania, 3) łatwe do zapamiętywania, 4) przejrzyste, ażeby orjentowały nas z pierwszego rzutu oka, 5) muszą dawać się łatwo uzupełniać, to znaczy, notowanie jakiegoś zupełnie nowego momentu nie może napotykać na trudności, ani u notującego, ani u czytającego.

Ten moment posiada szczególną wagę, jeśli uprzytomnimy sobie jeden wielki błąd popełniany przez nas dotychczas: przy wszelkich próbach klasyfikacyj gruźlicy zapomina się, że płuca są tylko jednym z terenów, na którym obserwujemy walkę organizmu z prątkiem Kocha, że gruźlica jest chorobą ustroju, a nie narządu. Po pracach nad postacią przesączalną zarazka, nad prątkami we krwi, tem bardziej czas już przestać myśleć tylko płucnemi kategorjami, przejść do wyszukania *klasyfikacji gruźlicy jako takiej*, a nie tkwić bez końca w *gruźlicy płuc.*

Że to jest teren pobojowiskowy najobszerniejszy, najłatwiej nam dostępny, najczęściej spotykany — to nie ulega kwestji. Tylko pamiętajmy, że Verdun nie utożsamia się z wojną światową.

Skoro to pod uwagę weźmiemy, zobaczymy, że znaki nasze — pomiędzy innemi — muszą dawać możność notowania również *wszelkich elementów* natury gruźliczej, *w całym organiźmie* i we wszystkich jego częściach, dopiero bowiem wówczas będziemy mogli łatwo orjentować się w całokształcie danego przypadku.

Z drugiej strony wiemy, jaką dziś wagę przywiązujemy i do kolejności powstających przejawów gruźlicy, i do szeregu czynionych zabiegów leczniczych jak odma sztuczna, wyrwanie nerwu, torakoplastyka i t. d. Tego rodzaju okoliczności muszą więc również znaleść swoje odbicie w naszem znakowaniu, a w każdym razie znaki muszą być tak pomyślane, ażeby dawały możność te okoliczności notować.

Z tego wynika, że sposób znakowania musi pozwalać nam na łatwe, jasne i dla każdego lekarza zrozumiałe wyciągi z historji choroby gruźliczej w obserwowanym organizmie, z tem niezmiernie ważnem zastrzeżeniem, ażeby wyciąg ten, podając nam wszystkie ważne okoliczności *pozwalał na łatwe uogólnienie według dogodnej nam zasady*, przytem, ażeby on *nie narzucał nam żadnej zasady*, ażeby każdy czytający i piszący znaki zachował pod tym względem zupełną swobodę. Jedynie takie postawienie sprawy może, przekonaniem mojem, doprowadzić łatwo do ujednostajnienia pracy ftyzjologów. Co do samego wykonania (rysunku) znaków, to ta sprawa nie może mieć zasadniczego znaczenia.

Mogą one być rozmaite, osobiście wypróbowałem w praktyce znaki, których część zapożyczyłem z klasyfikacji bolszewickiej, (klasyfikacja A. J. Szternberga); dotyczy to samych symboli I, II, III (treść odmienna) dla oznaczenia stanu chorobowego danego przypadku, (jego statyki, zmian anatomo-patologicznych), oraz symboli A, B, C, dla oznaczenia dynamiki jego (odporności na intoksykację, wartości życiowej). Zjawiska tych obu kategoryj nie wzbudzą niezgody, wszyscy bowiem zgodzimy się, że procesy gruźlicze (gdziekolwiek się toczą) mogą być zaliczone do jednej z trzech grup anat.-patol.: w jednej przeważającym elementem będzie tkanka łączna bez względu na stadjum jej rozwoju, w drugiej — okres podrażnienia tkankowego z cechami stanu zapalnego, a w pierwszym rzędzie z nacieczeniem, wysiękiem — (surowiczym) i w trzeciej — procesy charakteryzujące się rozpadem tej lub innej tkanki w miejscu toczącej się sprawy chorobowej.

Dla tej kategorji zjawisk proponuję liczby rzymskie.

W ten sposób, *bez względu na to, w jakim narządzie* proces stwierdzamy, notujemy przez:

I. wszelkie sprawy o *zdecydowanej przewadze tkanki łącznej.* W płucach będzie to włóknista postać we wszystkich jej odmianach — czy to, co dziś nazywamy *fibrosa densa*, czy *cirrhosis*, czy wtórne sprawy włókniste suchot,

w błonach surowiczych — zrosty, zgrubienia, w gruczołach — okres t. zw. zwapnienia, w kości — okres utrwalenia stanów wytwórczych, w krtani — zabliźnienie owrzodzeń i t. d.;

II. *sprawy zapalne:* w płucach — wszelkie nacieki, w błonach, — suche i wysiękowe zapalenia, w krtani — nacieki i t. d.;

III. rozpad, owrzodzenia, ropnie.

Jeden z zarzutów, który może mi być postawiony, muszę uprzedzić. Otóż, pod znakiem „I" są pomieszane procesy włókniste pierwotne z wtórnemi. W proponowanem przeze mnie ujęciu, kwestję podobną rozstrzyga się bardzo prosto: jeśli chcę te okoliczności uwzględnić, to sprawy włókniste pierwotne notuję znakiem „I", zaś sprawy wtórne, znakiem „III + I" lub II + I", wskazując zarazem tę drogę, jaka została przerobiona.

Również nie wywoła dyskusji druga kategorja zjawisk: objawy mniejszej lub większej odporności, czyli stan „życiowej wartości" danego przypadku. Klasyfikacja bolszewicka (czyli Szternberga) rozróżnia trzy stopnie dynamiczne w sprawach gruźliczych i notuje je zapomocą liter dużych, A, B, C.

Symbole te będą oznaczać:

A: *Stan kompensacji:* praktycznie zdrów, ewentualnie zdolny do pracy bez zastrzeżeń. Ciepłota, odczyn Biernackiego — w granicach normy tak w spokoju, jak i po wysiłku i t. d.

B: *Subkompensacja:* średnie przyśpieszenie O. B., stany podgorączkowe, spadek wagi, łatwe zmęczenie i t. p.

C: *Dekompensacja:* gorączka, szybkie opadanie, wychudzenie, osłabienie fizyczne i t. p.

Ciało ludzkie (wzgl. zwierzęce) podzielić musimy na stronę prawą i lewą, a to wprowadzając wzór ułamkowy, gdzie licznik oznacza stronę prawą, zaś mianownik — lewą.

Na tym wzorze ułamkowym będziemy notować chore narządy oraz wydarzenia, mające praktyczne lub teoretyczne znaczenie, czyniąc to w rozległości dowolnej.

Poszczególne narządy będziemy notować zapomocą początkowych liter ich nazw łacińskich; tak samo postąpimy z ewent. zabiegami dokonanemi. Od tej zasady postępowania odstępuję w dwóch wypadkach: prątki notuję literą „K" oraz zabieg przepalania zrostów opłucnowych literą „J" a to wobec rozpowszechnienia nazwisk Koch i Jakobeus i zautomatyzowania w posługiwaniu się niemi.

Każde *słowo* nazwy zaczynam literą dużą np. *Pneumothor. spontan.* oznaczam przez „Pn S".

Jeśli te litery powtarzają się w dwóch lub więcej nazwach, to dodajemy litery następne tak, ażeby łatwo odróżnić nazwy. Np. *„Pulmo — Pleura — Pericardium — Peritoneum"*. Umawiamy się, że będziemy opuszczać znak „P" dla płuc; uczynić to jest tem łatwiej, że znaki, I., II., III. stojące *na początku* licznika lub mianownika odnosić będziemy *zawsze* tylko do płuc, natomiast znaki te, jeśli się odnosić będą do narządów innych będziemy stawiać *tuż za* odpowiednią literą narządu.

Wobec tego znakiem „P" możemy nazwać opłucną, *peritoneum* będzie miało znak „Pert", *pericardium* zaś „Perc".

To wszystko proponuję celem skrócenia formuł. W odniesieniu do płuc uważam za konieczne notowanie ściślejszego umiejscowienia i w tym celu, razem z Meysnerem (Gruźlica Nr. 4/31) proponuję oba płuca podzielić na trzy pola, jak to czynimy przy opisaniu i omawianiu rentgenogramów. Poza uzasadnieniem jakie na to daje Meysner, podnoszę wzgląd czysto praktyczny: dziś każdy z nas tak się zrósł z Roentgenem, że myśli *nie płatami*, tylko właśnie *polami*, w przyszłości zaś przyzwyczajenie to jeszcze się wzmoże i rozpowszechni.

Te pola proponuję oznaczać przez:

1 — górne pole (rentgenoskopowe),

2 — środkowe,

3 — dolne.

W przypadkach, w których sprawa dotyczy całego płuca, a więc wszystkich pól — proponuję znaki pól opuszczać, ażeby nie zaciemniać obrazu.

Jakkolwiek zapatrywania nasze na obecność prątków w plwocinie dziś się zmieniły, jednak w ogólnym obrazie chorobowym grają one po dawnemu znaczenie niemałe — bądź w profilaktyce i wskazówkach z nią połączonych, bądź w decyzji o zabiegach — odma szt., wyrwanie nerwu przepon. i t. p., dlatego uważam za konieczne w formule rozpoznawczej wskazać i ten moment zapomocą litery K, stawianej w wypadkach znalezienia prątków.

Przykład: wzór dla przypadku, w którym znajdujemy: stany podgorączkowe, niestałe, małe przyśpieszenie opadania krwinek, waga ciała stała lub wahająca się — musimy oznaczyć literą *B* jego wartość życiową.

W płucach znajdujemy: prawe — włóknisto-serowate zmiany w górnym polu, przepona sfalowana, kąt przeponowo-żebrowy zaokrąglony; lewe — zmiany włókniste we wszystkich polach, prątków brak.

Cała formuła rozpoznawcza tego chorego będzie następująca:

1 $$\mathrm{B}\ \frac{\mathrm{III}-\mathrm{I}-\mathrm{P\,I}}{\mathrm{I}}$$

Wyobraźmy, że ten przypadek dostaje wysięku lewostronnego. Wówczas formuła jego zmieni się, albowiem zmieni się kwalifikacja jego wartości życiowej, przez to obok poprzedniej będziemy musieli umieścić formułę inną:

2. $$\mathrm{C}\ \frac{\mathrm{III}-\mathrm{I}-\mathrm{P\,I}}{\mathrm{I}+\mathrm{P\,II}}$$

Po pewnym czasie wysięk zresorbował się, jednak zjawiły się prątki w plwocinie, sprawa w prawem płucu „rozszerzyła się", wzór:

3. $$\mathrm{CK}\ \frac{\mathrm{III}-1-2-\mathrm{P\,I}}{\mathrm{I}+\mathrm{P\,I}}$$

Temu choremu zakładamy odmę, która się nie udaje: w liczniku możemy dodać „+ Pn" i ten znak przekreślamy (nie udana). Jeśli jednak nie przywiązujemy do tej próby większego znaczenia to wogóle znaku tego nie stawiamy. Ale powiedzmy, że się wykonało u niego wyrwanie nerwu przeponowego *(exhairesis)*, po której chory zaczął się poprawiać, tracąc objawy dekompensacji, wówczas możemy napisać wzór:

4. $$\mathrm{BK}\ \frac{\mathrm{III}-1-2-\mathrm{P\,I}+\mathrm{Ex}}{\mathrm{I}+\mathrm{P\,I}}$$

Jeśliby u tego chorego stwierdziło się zapalenie stawów i ew. otrzewnej z wysiękiem, uzyskalibyśmy formułę:

5. $$\mathrm{CK}\ \frac{\mathrm{III}\,1-2-\mathrm{P\,I}+\mathrm{Ex}}{\mathrm{I}+\mathrm{P\,I}}\Bigg|\frac{+\ \mathrm{A\,II}}{+\ \mathrm{A\,II}}\ +\ \mathrm{Pert\,II}$$

Zapomocą linij pionowych w formule możemy oddzielić okoliczności ważniejsze, jeśli zaszły w ciągu naszej nieprzerwanej obserwacji (jak wyżej) wzgl. okoliczności i zmiany dawniejsze obserwowane lub zapodane.

Naprz.: chory podaje, że w r. 1925 miał wysiękowe zapalenie opłucnej lewej, przy punkcji założono mu odmę sztuczną, która trwała do r. 1927 poczem zarosła; chory czuł się dobrze do r. 1929, kiedy zaczął pluć krwią i stwierdzono u niego „zajęcie" szczytu prawego, do nas zgłosił się w r. 1931, kiedy udało mu się założyć odmę prawostronną wybiórczą z uciskiem górnego i środkowego pola prawego. Wszystko to uwidocznić możemy tak:

6. $$\frac{-}{\substack{\mathrm{P\,II}+\mathrm{Pn}\\ 925-927}}\Bigg|\frac{-}{\substack{\mathrm{P\,I}\\ 927}}\Bigg|\frac{\mathrm{II}-1}{\substack{\mathrm{P\,I}\\ 939}}\ {}^{931}\mathrm{CK}\frac{\mathrm{II}-1-2+\mathrm{Pn}-1-2}{\mathrm{P\,I}}$$

Określenie pierwotnej dynamiki sprawy (wartości życiowej pacjenta) możemy pominąć, gdyż nie jest ona przez nas bezwzględnie stwierdzona.

Jeśli chcieć notować jamy, możemy to łatwo uskutecznić, wyprowadzając dodatkowy znak kółka, któryby otaczał pole płucne z jamą np. jama w środkowem polu płuca prawego byłaby zanotowana:

7. $$\frac{\mathrm{III}-(2)}{-}$$

Przy kilku jamach powtarzam koła odpowiednią ilość razy.

Z powyższych przykładów widać jeszcze parę proponowanych szczegółów:

1) jeśli jedno płuco nie wykazuje zmian, to na jego miejscu stawiam poziomą kreskę.

2) Stan stały notuje się symbolami, które można dla przejrzystości oddzielić jeden od drugiego poziomą kreską (ew. kropką) natomiast nowa *okoliczność*, która *powstała w trakcie obserwacji może być poprzedzona znakiem plusa.*

3) Jest rzeczą jasną, że zajęcie jakiegoś narządu, który nie leży po stronie prawej lub lewej, trudno notować w granicach

wzoru ułamkowego: musi on być zanotowany poza tym wzorem tak samo, jak poza wzorem pozostają symbole A, B, C, K, z tem jednak, że 4 wspomniane symbole, jako mające charakter ogólny, stawiamy zawsze *na początku* formuły, natomiast znak takiego narządu, jak otrzewna lub kręgosłup będziemy umieszczać *poza* znakiem ułamkowym. Chcę jeszcze wyjaśnić, jakim sposobem notowałbym wypadki gruźlicy innych narządów wówczas, jeśli nie mamy podstaw do twierdzenia, że w płucach istnieje proces np. gruźlica stawu skokowego lewego z wysiękiem, a poza tem gruczoły twarde na szyi oraz pachwinowe. Formuła moja wyglądałaby tak:

$$8.\quad B\ \frac{-}{-\,\mathrm{Ar\,II}}\ \mathrm{G\,II}$$

Taką formułę podaję jeszcze i w tym celu, ażeby uwidocznić zasadniczą cechę mego rozumowania. Polega zaś ona na tem, że dla orjentowania się w przypadku jest niezmiernie ważnem wiedzieć o procesie gruźliczym w stawie lub gruczołach, natomiast wiedzieć, w *jakim* stawie lub *których* gruczołach — to ma znaczenie drugorzędne.

Znakowanie moje pozwala na notowanie najdrobniejszych nawet szczegółów wszelakiego rodzaju. Można np. notować kierunek ewolucyjny procesu przez dodanie znaku matematycznego > i <, a więc postępujący „ <“, cofający się „> “ i stacjonarny — <> i t. pod. Uważam jednak, że obfitość szczegółów będzie zaciemniać formułę, wcale nie ułatwiając samego ujęcia studjowanego przypadku. Jeśli komu potrzebne będą te szczegóły, zmuszony on będzie sięgnąć do historji choroby.

Jedyny z tego wyjątek należy uczynić dla płuc, o czem już wyżej mówiłem.

Dążąc do zmniejszenia pisania a przez to do przejrzystości, proponuję stawianie symbolów A B C i K również i *poza formułą*, a to w tych wypadkach, kiedy w trakcie lub wkońcu obserwacyj musimy jeden z tych symboli zmienić, chociaż poza tem cała formuła rozpoznawcza nie uległa żadnej zmianie. Wówczas zamiast przepisywania całej formuły dodaję na końcu jej zmieniony symbol np.:

$$B\ \frac{--}{\mathrm{P\ III} + \mathrm{Ol} + \mathrm{III} - (1) + \mathrm{Ex}} + A$$

Oznacza to: przypadek przybył z ropnym wysiękiem lewostr., założono mu *oleothorax* „Ol“, po pewnym czasie stwierdzono jamę w lewem górnem polu, wobec tego wykonano wyrwanie nerwu przeponowego, po którem wszelkie objawy subkompensacji znikły, i z tem przypadek od nas odszedł.

Podając powyższe jako projekt do dyskusji, nie obstaję przy .ego szczegółach, uważam, że należy je omówić, że zauważy się być może takie lub inne niedogodności, wzgl. okaże się konieczność zastąpienia pewnych szczegółów innemi.

Również nie mam zamiaru narzucać Kolegom tego sposobu w całej rozciągłości i obszerności. Omówiłem go dość szeroko, ażeby pokazać wszelkie możliwości, z których można korzystać lub nie.

Definitywne ustalenie szczegółów i zakresu notowanych zjawisk musi wziąść na siebie „Zrzeszenie Dyrekt. San. o ch. społ.“ lub też powstający w Zakopanem instytut badań gruźlicy.

Co do wspomnianego instytutu to, z jednej strony, nie uważam pracy jego za możliwą bez ujednostajnienia pracy instytucyj przeciwgruźliczych — z drugiej strony, twierdzę, (jak to miałem okazję oświadczyć na posiedzeniu tut. T-wa lekarskiego), że podwaliny pod pracę tego instytutu możemy położyć natychmiast i bez żadnych przeszkód, a to właśnie przez takie ujednostajnienie prac w sanatorjach zakopiańskich.

Jeślibyśmy się zgodzili na wprowadzenie „znakowania stanów gruźliczych“, ułatwiłoby to nam znakomicie ujednostajnienie punktów 3—4—5.

Z chwilą ujednostajnienia, należy przystąpić do zorganizowania planu pracy i to w 1-m rzędzie w sanatorjach i przychodniach. Co do większości sanatorjów, to nie wątpię, że to da się łatwo przeprowadzić za pośrednictwem wspomnianego już Zrzeszenia Dyrektorów. Co do przychodni, to klucz od nich jest w rękach Związku przeciwgruźliczego. Byłoby jeszcze lepiej, gdyby całą sprawą unifikacji pracy zajął się właśnie Związek przeciwgruźliczy. Niestety, jak dotychczas, nie zdradza on ku temu żadnej chęci, trzymając się niepraktycznego znakowania, niewystarczającej klasyfikacji i skomplikowanej, a nieprzejrzystej biurokracji. Przez 5 lat kierownictwa poradnią przeciwgruźliczą w Zakopanem prowadziłem w niej historje chorób, zamiast kartotek wzoru francuskiego, oraz stosowałem znakowanie zbliżone do Neuman'owskiego, i twierdzę, że było to przejrzystsze i wygodniejsze, aniżeli znakowanie P. Z. P. i jego kartoteki.

Naturalnie, można ostatecznie wiele zrobić i bez poradni, jednak nieobecność tego ogniwa w pracy byłaby dotkliwą. Poradnie wciągnięte w pracę zbiorową dałyby bardzo wiele, a że dać mogą i dać chcą, wiem z ankiety jaką na ten temat w roku 1927 rozesłałem do wszystkich poradni w Polsce, — otrzymałem wówczas szereg bardzo zachęcających i ciekawych odpowiedzi.

Przy zupełnem ujednostajnieniu pracy wszystkich instytucyj w gruźlicy pracujących, uzyskalibyśmy możność zbiorowego opracowania pewnych tematów. Instytut badania gruźlicy dawałby te tematy, albo dla wszystkich instytucyj, albo dla grupy ich. Każda instytucja dawałaby w swem rocznem sprawozdaniu odpowiedź na zadany temat, a ponieważ dla odpowiedzi byłby jeden dla wszystkich schemat, byłoby więc rzeczą bardzo prostą zesumować te odpowiedzi i oprzeć je o materjał z całej Polski.

Wprowadzenie proponowanego znakowania w poradniach uważam za rzecz konieczną jeszcze z innego punktu widzenia, który grał pomiędzy innemi — niemałą rolę przy przyjęciu zbliżonego sposobu przez bolszewików.

Oznaczenie wartości pacjenta zapomocą umówionych symbolów jest jednocześnie określeniem zdolności tego pacjenta do pracy — okoliczność niezmiernie ważna dla Kas Chorych, dla wszelkiego rodzaju urzędowych świadectw i korespondencji.

Funkcjonarjusze, nie-lekarze, urzędujący z temi dokumentami mieliby do zapamiętania jedynie trzy symbole tem łatwiejsze, że są one te same, jakich się używa przy określeniu zdolności do służby wojskowej. Samo przez się zrozumiałe, że i Komisje, bądź poborowe, bądź inwalidzkie i inne miałyby ułatwienie przy wydawaniu swych orzeczeń kwalifikacyjnych w tych wszystkich wypadkach, w których brałyby pod uwagę świadectwa instytucyj przeciwgruźliczych z projektowanemi formułami schorzeń gruźliczych.

Nie omawiam kwestji książeczek odmowych, która jest na porządku pracy Zrzeszenia Dyrektorów, pragnę tylko zauważyć, że konieczność naukowa wymaga, ażeby takie książeczki bezwzględnie powracały do instytucji przeciwgruźliczej, w której odma była założona. Obowiązek zwrócenia książeczki musi ciążyć na lekarzu, przy którym odma została zakończona, względnie który stwierdził skon chorego z odmą sztuczną.

Chcę jeszcze podzielić się swemi rozważaniami co do punktu 5-go, sprawozdań rocznych. Niestety, ta gałąź pracy leży u nas odłogiem: wiele sanatorjów ogranicza się do mniej lub więcej suchej statystyki zestawionej na życzenie właściciela sanatorjum lub na żądanie władz sanitarnych z drugiej strony, nasze wydawnictwa nie bardzo chętnie je drukują — w nich albo wcale nie widuje się sprawozdań, albo w najlepszym wypadku drukuje się je drobnym drukiem jak np. sprawozdanie Telatyckiego z Sanatorjum wojskowego w „Lekarzu Wojskowym“.

Tymczasem, przekonaniem mojem, takie sprawozdanie roczne powinno grać w naszej pracy rolę dwojaką:

1) Ma to być przegląd pracy wykonanej w sanatorjum w przeciągu danego okresu czasu ze szczegółowem opisaniem wszelkich ważniejszych momentów, jak np. stosowanych sposobów leczenia, techniki zabiegów takich, jak odma, *oleothorax*, leczenie wysięków i t. p., opisanie ciekawszych przypadków i t. d. — słowem wszystkiego tego, co może mieć znaczenie praktyczne lub teoretyczne. Niejeden wniosek ciekawy nasunie się przytem, niejeden z nas skorzysta z doświadczeń innego, przyjmując je, lub tracąc ochotę do przerobienia ich na własną rękę.

2) Rola druga, tak pojętych sprawozdań rocznych, jest niemniej ważna. Takie sprawozdanie może być i powinno być bardzo skuteczną bronią w kierunku podniesienia instytucyj, w których pracujemy. Dla właściciela sanatorjum (ktokolwiekby nim był) nie może być rzeczą obojętną sama *możliwość* ukazania się w druku sprawozdania, w którem będą zanotowane różne ujemne lub dodatnie cechy tego sanatorjum, lub okoliczności dodatnio czy ujemnie wpływające na pracę lekarską, lub też na wyniki tej pracy. Właściciel powinien wiedzieć o tem, że sprawozdanie roczne lekarskie jest czynnikiem niezmiernie potężnym, który obrócić się siłą swoją może tak na jego korzyść jak na niekorzyść. Mieć do dyspozycji swojej taką siłę nie zaszkodziłoby wielu z nas.

Prawdopodobnie Zrzeszenie Dyrektorów zechce i tą sprawą zająć się, a) ustalając obowiązek opracowania rocznych sprawozdań przez wszystkie sanatorja przeciwgruźlicze o char. społecz., b) wprowadzając ramowy schemat dla takich sprawozdań, c) wchodząc w porozumienie z jednem z czasopism lekarskich, któreby zgodziło się na drukowanie tych sprawozdań. Byłoby rzeczą najcelowszą i najwłaściwszą, ażeby sprawa ta została załatwiona w ścisłem porozumieniu z powstającym w Zakopanem instytutem

badań gruźlicy. Ze swej strony chcę przedłożyć projekt przygotowania materjałów dla sprawozdań rocznych z tem, ażeby materjały te mogły być wykorzystane dla różnego rodzaju zestawień opartych na danych wszystkich instytucyj przeciwgruźliczych.

Sądzę, że obecnie, kiedy posługujemy się historjami chorób lub księgami gł. chorych, każda praca statystyczna jest żmudną, musi być wykonana bezwarunkowo przez lekarza, i to zapewne jest jedną z ważkich przyczyn, że danych statystycznych mamy tak niewiele.

Otóż proponuję, by zmienić techniczną stronę zbierania materjałów statystycznych, wykorzystując w tym względzie doświadczenie urzędów statystycznych[1]), a mianowicie, wprowadzając dla każdego chorego „gruźliczą kartkę statystyczną".

Karty takie zastąpićby mogły prowadzoną obecnie księgę główną chorych. Zewnętrznie różniłaby się ona tem jedynie, że byłaby kartotekową. Taką kartę proponuję w postaci 1/4 arkusza półkartonowego papieru ewent. wymiarów ok. 20×13, jakich są kartki kartoteki przez niektórych lekarzy obecnie używanej. Taka karta musi mieć wszystkie brzegi odkreślone, jako marginesy 2—2,5 cm szerokości. Miejsce środkowe karty przeznaczone jest zasadniczo na wpisanie imienia i nazwiska chorego oraz formuły rozpoznawczej, o której wyżej mówiłem. Marginesy górny i dolny należy podzielić pionowemi linjami co 1.5 cm; boczne zaś — w częściach górnych są podzielone co 1 cm, i niżej — co 1,5 cm. Margines górny należy przeznaczyć dla wszelkich danych indywidualnych, a mających znaczenie naukowo-statystyczne jak np. płeć, wiek, typ konstytucjonalny, wzrost, waga, wartość życiowa itp.

Margines dolny przeznaczyć dla wszelkich danych związanych z leczeniem i ewent. z wynikiem jego, a więc: notować tu *pnax, exhairesis, oleothorax* i in. zabiegi.

Marginesy boczne — dla notowania stanu narządów chorych stron prawej i lewej. Tu proponuję *lewy* margines przeznaczyć dla notowania strony *prawej* ciała, zaś *margines prawy — dla lewej*.

Tę, napozór dziwną, propozycję motywuję tak: 1) wyżej proponowana formuła ułamkowa ma w liczniku właśnie stronę prawą, jest więc ona stroną najpierw w oko się rzucająca,

2) wszelkie badania rentgenologiczne pozostają w naszej pamięci wzrokowej w pozycji odwróconej i po naszej stronie lewej mamy tu płuco prawe i odwrotnie. Co do rogów „gr. k. stat." to przeznaczam je na 1) górny lewy — numer historji choroby ewent. łamany przez rok, 2) górny prawy — numery poprzednich historyj (jeśli chory jest u nas powtórnie), 3) dolny lewy — rozpoznanie innych schorzeń — oprócz gruźlicy, gdyż wszelkie schorzenia gruźlicze uwidocznione są na bocznych marginesach, 4) dolny prawy — wynik leczenia pojęty jako określenie wartości życiowej przy odejściu z instytucji leczącej, a więc na znaki A, B, C, do których ewent. może być dodana formuła rozpoznawcza końcowa.

Strona odwrotna „gruźliczej karty stat." musi być linjami pokreślona tak samo, jak i pierwsza, po to, ażeby na karcie takiej można było umieścić najróżniejsze dane, jakich konieczność uznana będzie przez instytut badania gruźlicy lub przez inicjatywę indywidualną danego lekarza.

Byłoby wskazanem może wprowadzenie jeszcze kartek kolorowych np. różowych dla kobiet i białych dla mężczyzn.

Wszelkie zestawienia danych w karcie zawartych będą wówczas niezmiernie proste, gdyż sprowadzą się do ułożenia kart i mechanicznego liczenia — praca którą wykonać będzie mógł każdy jako tako inteligentny pracownik.

Przy tych rozważaniach mimowoli proszą się konsekwencje logiczne: jeśli gruźlicza karta statystyczna będzie zawierała tyle i tak rozmaitych danych, to czyż nie warto uzupełnić ją jeszcze schematem klatki piersiowej ze znakami objawów osłuchowych oraz miejscem na zapisywania innych spostrzeżeń z przebiegu choroby — a wówczas przecież będziemy mieli poprostu historję choroby? Naturalnie trzebaby w tym wypadku zwiększyć rozmiary kartki do całego arkusza kancelaryjnego i wolne miejsca obu stron przeznaczyć na zapiski.

Tego rodzaju historja wraz z kliszą, analizami i in. załącznikami znajdowałaby się w kopercie, jakich obecnie używamy do przechowywania klisz rentgenowskich.

To wszystko przedkładam uwadze Kolegów z prośbą, ażeby zechcieli się wypowiedzieć, projekty moje przedyskutować i włożyć swoje wysiłki, ażeby doprowadzić do ujednostajnienia pracy w instytucjach przeciwgruźliczych, cel, który przecież wart jest jak największych usiłowań.

---

[1]) Myśl tę poddał mój ordynator Kol. J a g o d o w s k i.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Stomatologja Polska, rok X, nr. 4, za lipiec-sierpień 1932: A. C i e s z y ń s k i: Jeszcze kilka uwag co do spraw ropnych okolicy zaszczękowej górnej. — J. J a r z ą b: Nadliczbowy górny trzonowiec powodem bólów neuralgicznych. — H. Z i p p e r: Niebezpieczeństwo stosowania ogólnej narkozy przy ekstrakcjach zębów.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 30. z 24. VII. 1932: B. Z a m o y s k a: Mydło na rynku warszawskim. — J. M u s z y ń s k i: Z wędrówek farmakognostycznych po Europie (dok.). — Sprawy zawodowe.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XXI, nr. 5, z 20 lipca 1932: K o r c z y ń s k i L.: Klimat górski (C. d.).

Wiadomości Kas Chorych, rok III, nr. 9—10, z 15 lipca 1932: Dział Urzędowy. — Orzeczenia. — Wyroki. — Wyjaśnienia. — Z zagadnień organizacyjnych kas chorych. — Opieka nad dziećmi i młodzieżą. — Z życia kas chorych. — Praca i opieka społeczna.

Medycyna, Nr. 14, z 21 lipca 1932: K. R o ż k o w s k i: Nowe prądy i hasła w lecznictwie. — H. G r o m a d z k i: Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem follikuliny. — K. D ę b i c k i i Z. L i p k a: Przypadek ropnia płuc leczonego wyrwaniem nerwu przeponowego. — H. M e l a n o w s k i: Objawy oczne w chorobach układu krążenia. — P. D e m a n t: Wpływ atropiny na wydzielanie moczu przez nerkę obłupioną. — M. B i e h l e r: Poglądy Jędrzeja Śniadeckiego na ustrój kobiecy i niemowlęcy w porównaniu ze współczesnemi poglądami w tej dziedzinie.

Wiadomości Lekarskie, rok V, nr. 5—6, za czerwiec-lipiec 1932: K. W a l k e r: Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego a zabieg chirurgiczny. — Z. O s z a s t: Koagulacja w dermatologji. — J. B e r e s t: Zatrucie ołowiem w świetle nowych badań. — H. M i e r z e c k i: O pierwszym oddziele chorób zawodowych w Polsce. — A. L u f t m a n: Nadciśnienie tętnicze a zmiany na dnie oka.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 30, z 28 lipca 1932: L. A b r a m o w i c z: Kiła tchawicy i oskrzeli głównych w świetle tracheo-bronchoskopji (dok.). — A. L a n d a u i W. H e j m a n: Studja kliniczne nad skazą krwotoczną. (c. d.). — W. Z a w a d o w s k i: Radjodiagnostyka układu wydzielania wewnętrznego. (Str. pogl.) (c. d.). — St. K r a m s z t y k: Dr. Stanisław Morawski (1802—1853) i jego poglądy na wody mineralne naturalne i sztuczne (dok.). — Br. N o w a k o w s k i i M. B o g u s z e w s k a: Wąglik jako choroba zawodowa w Polsce (c. d.).

Lekarz Polski, rok VIII, nr. 7, z 1 lipca 1932: St. R u d z k i: Ustawodawcza walka z gruźlicą (c. d.). — H. N i e d z i e l s k i: Lekarze domowi. — T. K a s z u b s k i: Projekty scaleniowe ubezpieczeń społecznych.

Przegląd Weterynaryjny, rok XLV, nr. 7, za lipiec 1932: E. K a l i ń s k i: Badania nad konserwacją szynek przeznaczonych na eksport do Anglji. — T. M o r a w: Zapalenie ścięgien u koni w świetle doświadczeń. (dok.). — I. M a t e r n o w s k a: Gruźlica w mleku trwale pasteryzowanem. (dok.). — E. C z e k o t o w s k i: O technice badania na wągrzycę u bydła.

Lekarz Wojskowy, tom 20, Nr. 3, z 1 sierpnia 1932: M i l l a k K.: Zastosowanie katatermometru do badania funkcji cieplnej tkanin odzieżowych. — L. Z e m b r z u s k i: Kilka uwag w sprawie wczesnego rozpoznawania raka języka. — J. B a b e c k i: Krótkie sprawozdanie o stanie zdrowotnym armji polskiej w latach 1922—1931, na podstawie statystyki wojskowo-lekarskiej. — A. L e j w a: O biochemizmie tkanki nowotworowej. — F. B i a ł o k u r: Lekarze i medycy uczestnicy powstania styczniowego i ich życiorysy. (c. d.). — A. C z y ż e w i c z: Służba zdrowia armji niemieckiej w pierwszych latach wojny światowej. (c. d.).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecinne.

O płodowych chorobach krwi. E. GIERKE. Klin. Woch. 50. 1931.

Od czasu, gdy Schridde zwrócił uwagę na zmiany w tkankach krwiotwórczych w t. zw. wrodzonej ogólnej opuchlinie, coraz częściej spostrzeżenia różych autorów potwierdzają istnienie związku między opuchliną a zmianami w układzie krwiotwórczym. Gdy Schridde uważał, jako pierwotną sprawę w tem schorzeniu, niedokrewność wysokiego stopnia, to Rautmann, na podstawie

przypadku przez siebie spostrzeganego, wypowiada zdanie, że istotnem w tej chorobie jest pierwotne bujanie erytroblastyczne — i stąd nazwa *„erythroblastosis"*. Od tego czasu utrzymało się miano „płodowa erytroblastoza"; etjologja sprawy nie jest jednak jasna. Na podstawie danych z piśmiennictwa i spostrzeżeń własnych możnaby obecny stan wiadomości o płodowych chorobach krwi streścić w sposób następujący: zachodzą płodowe schorzenia krwi, dotyczące jużto głównie układu erytroblastycznego (erytroblastozy), już też leukoblastycznego (podobne do białaczki leukoblastozy). Pośrednie miejsce między niemi zajmują równoczesne schorzenia erytro i leukoblastycznego układu (erytroleukoblastozy). Etjologja jest nieznana. Możliwe, że zachodzi tu wrodzona anomalja zawiązków płodowych, przyczem raz te, innym razem inne składniki układu hematopoetycznego mogą być dotknięte schorzeniem i dawać zmiany odpowiednie. Mikroskopowo stwierdza się obfite pojawianie się niedojrzałych postaci komórek erytro- lub leukoblastycznego układu we krwi, bujanie tych składników, szczególnie w wątrobie, śledzionie a także w narządach innych. Stąd niekiedy nawet znaczne powiększenie wątroby i śledziony, szczególnie w erytro-leukoblastozach. Leukoblastoza daje zasadniczo podobne obrazy, jak pozamaciczna białaczka. Erytroblastyczne schorzenia występują tak dobrze w wrodzonej opuchlinie, jak w *icterus gravis neonatorum*. Oba schorzenia są schorzeniami rodzinnemi i dotyczą niejednokrotnie kilkorga dzieci tych samych rodziców. Prócz tego w opuchlinie wrodzonej stwierdza się często we wielu narządach zabarwienie żółtaczkowe nieznaczne, zaś w ciężkiej żółtaczce noworodków często opuchliny. Jest zatem prawdopodobne, że obie choroby są tylko manifestacją tego samego płodowego schorzenia układu krwiotwórczego, a tylko rozchodzi się o pewne okoliczności czasowe; mianowicie opuchlina płodowa występuje śródmacicznie i prowadzi do śmierci płodu lub noworodka zaraz po urodzeniu, *icterus gravis* wprawdzie rozpoczyna się już śródmacicznie, ale głównie rozwija się w kilka godzin po urodzeniu. Ten *icterus gravis neonatorum* odróżnia się od zwykłego *icterus neonatorum* znacznie wcześniejszem pojawianiem się, złośliwym przebiegiem i wspomnianym erytro lub leukoblastycznym obrazem krwi. Często pojawia się znaczny rozrost łożyska tak w opuchlinie wrodzonej, jak w ciężkiej żółtaczce i to niejasnego pochodzenia. Spostrzegano też przyrośnięcie łożyska. To znaczne powiększenie łożyska może mieć pewne znaczenie dla powstawania schorzeń omawianych, jeżeli będziemy uwzględniać w łożysku, w myśl zapatrywań szczególnie Seitza, czynność wieloraką wydzielania wkrewnego.

Nowicki (Lwów).

O leczeniu eksperymentalnej hipertyreozy zapomocą dijodtyrozyny i sposobu odżywiania. J. ABELIN. Klin. Woch. Nr. 48. 1931.

Pierwotne zapatrywanie proste, redukujące znaczenie gruczołu do działania jednego hormonu z nim związanego, stało się bardziej zawiłem, gdy okazało się, że niektóre gruczoły wytwarzają nie jeden, lecz więcej hormonów. Oczywiście z tą chwilą należało określić zakres działania każdego z tych hormonów oraz ich wzajemny stosunek do siebie, a więc agonistyczny lub antagonistyczny. Otóż co do tarczycy, to dziś wiemy, że wśród jej ciał jad zawierających, obok tyroksyny, jest także dijodtyrozyna. Chemicznie dijodtyrozyna przedstawia rodzaj okresu poprzedzającego tyroksyny, ale dość daleko od niej odsuniętego. Pod względem działania jednak nie można uważać dijodtyrozyny za jakiś okres poprzedzający tyroksyny. Nie można dijodtyrozyny uważać za pro-hormon, ale za hormon niejako uboczny, który jest w stałym kontakcie z tyroksyną i niejako z nią współpracuje. Że dijodtyrozyna ma ważne znaczenie w hipertyreozie — to nie ulega wątpliwości. O ile się zdaje, ustrój może odtruwać większe ilości tyroksyny w razie nadmiaru dijodtyrozyny. Zarówno w tarczycy, jak i poza nią istnieje współpraca tyroksyny z dijodtyrozyną. Można to wykazać eksperymentalnie. Np. karmienie szczura tarczycą wywołuje charakterystyczny obraz zatrucia, połączonego ze zmianami w przemianie materji, jak m. i. zatrata glykogenji wątroby i podwyższenie przemiany podstawowej. Są to najważniejsze wskaźniki działania tarczycy.

Jeżeli się żywi szczury przez 6 dni tabletką tarczycy, a następnie w nocy z 6 na 7 dzień daje im cukier trzcinowy, to stwierdza się brak glikogenu w wątrobie u szczurów, zabitych w 8 godzin po podaniu cukru. Jeżeli jednak tym szczurom podaje się doustnie dijodtyrozynę, to stwierdza się w wątrobie jeszcze w siódmym dniu obfitą ilość glykogenu. Jeżeli się zwierzęta karmi preparatami tarczycy i dijodtyrozyną, to kaloryczna produkcja wykazuje powolny wzrost. Jeżeli jednak zwierzęta przekarmia się tarczycą, a na szczycie przemiany podstawowej podaje dijodtyrozynę, to produkcja ciepła spada nagle do niskiego poziomu. Korzystne działanie dijodtyrozyny da się podnieść po stosowaniu pokarmu mieszanego, między innemi z szpiku kostnego, tranu, wątroby i innych. Jako dobre źródło dla białka należało uważać kazeinę, jako źródło dla lipoidów m. i. olej, oliwę, śmietanę i i., jako źródło węglowodanów, chleb, cwibak i potrawy z ciasta. Jako witamina C służy cytryna i pomarańcza. Jako napoje mogą służyć soki owocowe i świeże mleko migdałowe. Już po 10—14 dniach występuje wpływ takiej diety. Przy stosowaniu takiej mieszanej diety widzi się korzystny wpływ na przebieg Basedowa. Zachodzi przybytek wagi, obniżenie przemiany podstawowej i ogólne uspokojenie. W przeciwieństwie do cukrzycy rozporządza się tu dość szerokiemi granicami w odżywianiu — nie jest ono tak ograniczone, jak w cukrzycy. Odżywianie nie ma na celu tuczenia, lecz pomoc dla ustroju i jego sił odtruwających w walce z hipertyreozą.

Nowicki (Lwów).

Przyczynek do kliniki dychawicy oskrzelowej i stanów pokrewnych. V. Psychogeneza dychawicy oskrzelowej. E. WITTKOWER i H. PETOV. Zeitschrift f. Klin. Med. T. 119. Zeszyt 3—4. 1932 r.

Autorzy podkreślają duży wpływ momentu psychicznego, łańcuchów kojarzennych i kompleksów stłumionych w powstawaniu dychawicy oskrzelowej. Patogeneza d. o. w większości przypadków jest dwojaka: przy istniejącej alergji momenty psychiczne ujawniają dotychczas ukrytą skłonność chorobową albo też czynniki psychiczne pogarszają powstałą już na tle alergicznej dych. oskrz., dołączając się wtórnie. Prócz tego mechanizmu możliwe jest tło alergiczne bez komponenty nerwowej. Wreszcie teoretycznie, przynajmniej dotychczas, możliwe jest tło czysto psychiczne bez cielesnej podatności. Mimo dużego wpływu momentu psychicznego w patogenezie d. o., psychoterapja skuteczna jest tylko w odosobnionych przypadkach (skuteczność psychoterapji zależy także od lekarza) i w dalszym ciągu somatoterapja zajmować będzie pierwsze miejsce.

H. Długosz (Lwów).

Chemiczne podstawy reakcji dwuazowej Ehrlicha w moczu. P. SACHS. Zeitschrift f. Klin. Med. T. 119. Zeszyt 3—4, 1932.

Z moczu, dającego dodatni odczyn dwuazowy, wyosobniła autorka barwik w postaci krystalicznej o wzorze sumarycznym: $C_{31}H_{24}N_6Cl_4O_7$, z którego to wzoru po odjęciu dwóch reszt azowych można wyprowadzić wzór sumaryczny chromogenu: $C_{19}H_{20}N_2O_7$. Barwik zawarty jest w moczu naturalnym (z odcz. dwuazowym) w ilości 7 mg, w moczu zhydrolizowanym 32 mg w 10 l moczu. W moczu naturalnym (bez odcz. dwuaz.) brak powyższego barwika, w moczu zhydrolizowanym występuje w minimalnej ilości (4—5 mg na 10 l moczu). Dowodzi to, że wykryty barwik jest normalnym produktem przemiany materji, tylko w moczu normalnym występuje w małej ilości i w formie niezdolnej do wiązania, natomiast w warunkach patologicznych zwiększa się jego ilość i część występuje pod postacią czynną.

H. Długosz (Lwów).

Badania nad przemianą lipoidów i wapnia w przypadku choroby Schüllera i Christiana. M. KARTAGENER i H. FISCHER. Zeitschrift f. Klin. Med. T. 119. Zeszyt 3—4, 1932.

Chor. Sch.-Chr. czyli uogólniona ksantomatoza polega na zaburzeniu przemiany lipoidów (cholesteryny), podobnie jak ch. Gaucher'a (kerazyny) i ch. Niemann-Picka (fosfatydów). Objawy: ubytki w kościach, szczególnie czaszki, spowodowane odkładaniem się mas ksantomatycznych i następową dekalcyfikacją, wytrzeszcz gałek ocznych, *diabetes insipidus (trias* objawów), prócz tych: *dystrophia adiposogenitalis*, ksantomatyczne ogniska na skórze. Leczenie: naświetlanie promieniami Roentgena, podawanie wapna i preparatów witaminowych. Autorzy znaleźli w opisanym przypadku (32. w piśmiennictwie) zaburzenia w przemianie cholesteryny w próbie po obciążeniu i hipokalcemję.

H. Długosz (Lwów).

Nowa postać hemoglobinurji paroksyzmalnej. F. ROSENTHAL. Zeitschrift f. Klin. Med. T. 119. Zeszyt 3—4, 1932.

Charakteryzuje się ona paroksyzmalną hemoglobinurją bez związku z zimnem i marszem, bez tła kiłowego. We krwi: ciężka anemja o typie hemolitycznym, leukopenja, odporność ciałek czerwonych normalna, liczne retikulocyty (12—15%), znaczna urobilinurja, pleiochromja żółci, wzmożona ilość urobiliny w kale, brak syderozy i erytrofagocytozy w śledzionie. Autor wyodrębnia tę postać jako osobną jednostkę chorobową z pośród 17 przypadków opisanych bądź jako *icterus haemolyticus* bądź jako zwykłe formy hemoglobinurji paroksyzmalnej.

H. Długosz (Lwów)

Złośliwa błonica ze skazą krwotoczną (Diphteria gravissima toxica). E. FRANK i E. HARTMANN. Zeitschrift f. Klin. Med. T. 119. Zeszyt 3—4, 1932.

Jad błoniczy działa toksycznie specjalnie *wybiórczo na megakarjocyty* w szpiku kostnym, powodując znane ciężkie objawy kliniczne. Na pierwszy rzut oka występuje pewne podobieństwo hipertoksycznej błonicy do obrazu *aleukia haemorrhagica* z daleko posuniętemi zmianami nekrotycznemi w gardle, jednak w *al. haem.* noksa znana lub nie uszkadza cały szpik kostny a zmiany w gardle spowodowane są przez *destructio infectiosa e neutropenia.*

H. Długosz (Lwów).

O wielkiej wartości doustnie podanej soli sodowej tyroksyny u ludzi normalnych i z niedomogą tarczycy. B. KLEIN. Zeitschrift f. Klin. Med. T. 119. Zeszyt 3—4, 1932.

Stosowane dotychczas preparaty tyroksyny miały wartość leczniczą nierówną, co zależało od sporządzenia preparatu. Jeżeli tyroksyna znajduje się w słabo alkalicznym roztworze, działa najlepiej. W takiej postaci jest tyroksyna *„Roche"* w kroplach i tyroksyna *„Schering'a"* w pastylkach jako podwójna sól sodowa. Dawki autora: w *myxoedema* przez 2—3 tygod. 3—4 mg dziennie, przez następne tygodnie 1—2 mg z kilkudniowemi przerwami.

H. Długosz (Lwów).

Przemiana podstawowa a nadciśnienie. J. BECKER. Zeitschrift f. Klin. Med. T. 119. Zeszyt 3—4, 1932.

W nadciśnieniu na tle nerkowem, miażdżycy, cukrzycy i klimakterjum — jeżeli serce nie było zdekompensowane — przemiana podstawowa była normalna, natomiast w nadciśnieniu samoistnem we wszystkich przypadkach była wzmożona. Po naświetleniu tarczycy w przypadkach nadciśnienia samoistnego przemiana podstawowa spadła do normy, w niektórych przypadkach przejściowo i ciśnienie krwi tętniczej obniżyło się nieco. Wniosek stąd, że w nadciśnieniu samoistnem również tarczyca odgrywa pewną rolę i jej naświetlanie Rtg. wchodzi w rachubę w leczeniu nadciśnienia samoistnego.

H. Długosz (Lwów).

O prognozie stenokardji. G. J. KATZ. Zeitschrift f. Klin. Med. T. 119. Zeszyt 3—4, 1932.

Na podstawie długoletniej obserwacji dochodzi autor do wniosku, że mimo różnych objawów i różnej etjologji w każdym przypadku stenokardji prognoza jest poważna, gdyż często t. zw. *angina vasomotorica* kończyła się niespodzianie letalnie.

H. Długosz (Lwów).

Dziedziczenie wrodzonych wad serca. C. V. MEDVEI i H. RöSLER. Zeitschrift f. Klin. Med. T. 119. Zeszyt 3—4, 1932.

Jak obserwowali również inni autorowie, wady serca wrodzone występują w pewnych rodzinach dziedzicznie, częściej u kobiet. Problem ważny z punktu widzenia społecznego, gdyż dzieci rodziców z wadą serca wrodzoną, chociaż same nie mają widocznych wad w narządzie krążenia, mogą być przenosicielami wad rozwojowych serca na potomstwo.

H. Długosz (Lwów).

Związek pomiędzy zmianami w nosie a dychawicą oskrzelową. HLAVAČEK. Časopis Lekařů Českých. Z. 4. 1932.

Często spotyka się u astmatyków anatomiczne zmiany w jamie nosowej, które nie pozostają w związku przyczynowym z dychawicą, które jednak powinno się usuwać, gdy utrudniają oddechanie nosem.

Spotykamy przerostowe zmiany zapalne w nosie na podłożu alergicznem. Ten rodzaj zmian na błonie śluzowej nosa występuje często i bez schorzenia oskrzeli. Zmiany te charakteryzują się histologicznie tkanką obrzękłą i wybitnym naciekiem komórek eozynofilnych, które znajdują się i w wydzielinie błony śluzowej. Tłumaczy się je, jako objawy miejscowej przewrażliwości na pewien czynnik, który stykając się z błoną śluzową już uczuloną, wywołuje powyższe zmiany. W okresie napadu sprawia choremu dolegliwości utrudnione oddechanie nosem oraz wzmożone wydzielanie rzadkiego śluzu. Jeśli równocześnie występują napady astmatyczne, dolegliwości nosowe bądź towarzyszą napadowi dychawicy oskrzelowej, bądź tworzą wstęp do niego. Rentgenologicznie stwierdza się często zmiany w jamach bocznych nosa.

Komórki eozynofilne w tkance polipów i w błonie śluzowej są stałym towarzyszem tkanki alergicznej. Za alergiczne schorzenia należy uważać niektóre przerostowe stany zapalne w jamie nosowej, którym towarzyszą objawy alergji (eozynofilja we krwi, dodatni odczyn skórny na alergeny, wagotonja).

W jamie nosowej przy dychawicy oskrzelowej znajdujemy zmiany przerostowe błony śluzowej a także i polipy, które choremu nie sprawiają żadnych dolegliwości. Tkanka ta nie zawiera komórek eozynofilnych i nie ma nic wspólnego z dychawicą oskrzelową. Roentgen nie wykazuje żadnych zmian w bocznych jamach nosowych.

Ungar (Lwów).

Przejściowe jednostronne porażenie n. współczulnego szyjnego i podjęzykowego z paradoksalnem rozszerzeniem źrenicy po okołomigdałkowem znieczuleniu naciekowem. VISKOVSKY. Bratislavské Lekárske Listy. 1932. Z. 2.

U dwojga dzieci wystąpiło po wycięciu migdałków, przeprowadzonem w znieczuleniu naciekowem zapomocą nowokainy i adrenaliny, przekrwienie skóry prawej połowy twarzy i prawego ucha z rozszerzeniem prawej źrenicy *(mydriasis).* U jednego z dzieci oprócz tego zauważono porażenie prawej połowy języka. Objawy te ustąpiły po $1^1/_2$ godziny. Zdaniem autora naczynioruchowe porażenie (i porażenie *hypoglossus)* zostało spowodowane uszkodzeniem n. współczulnego i podjęzykowego przez nowokainę. *Mydriasis paradoxa* jest następstwem działania zresorbowanej adrenaliny na częściowo enerwowanej źrenicy.

Ungar (Lwów).

O t. zw. stałym składzie czystego soku żołądkowego. H. KALK. Klinische Wochenschrift, 1932. Nr. 7.

Spostrzeżenia poczynione przy badaniu frakcjonowanem przemawiają za tem, że stopień stężenia kwasów w czystym soku żołądkowym u ludzi ulega wahaniom, że nie można wykazać żadnej wyraźnej równoległości między ilością wydzieliny a stężeniem kwasu, że dalej na obie te właściwości w różnej sile i w różnym kierunku wywierają wpływ zarówno sprawy patologiczne jako też i leki. Żołądek wydziela także oprócz kwasu solnego i wydzielinę wodnistą, przyczem czynności te zdają się od siebie nie zależeć, na co wskazuje badanie śluzówki zmienionej patologicznie oraz działanie atropiny i pilokarpiny na wydzielanie żołądka. Wahania w stężeniu kwasów czystego soku żołądkowego powstają przedewszystkiem wskutek zmiennego stosunku zmieszania się wydzielin, wodnistej oraz zawierającej kwas solny.

Karasiński (Kraków).

Guzy złośliwe jąder a hormony przedniego płata przysadki. Diagnostyka hormonalna z moczu, płynu wodniaka i tkanki guza. B. ZONDEK. Klinische Wochenschrift, 1932. Nr. 7.

Podając rezultaty swoich rozległych badań wypowiada się autor za koniecznością łącznego prowadzenia badań hormonalnych i anatomicznych i sądzi, że w przyszłości na podstawie analiz hormonalnych także i patologom będzie można podać ważne dane.

Karasiński (Kraków).

Działanie różnych frakcyj miłka wiosennego (Adonis vernalis) na serce żaby. O. LüRMANN u. K. LAUER. Klinische Wochenschrift, 1932. Nr. 7.

Działanie miłka wiosennego naogół biorąc jest podobne do działania naparstnicy, jednakowoż w mechanizmie działania są pewne różnice, które ze stanowiska wskazań klinicznych winny być uwzględniane. Z eksperymentów nie można wysnuwać wniosków o wpływie miłka wiosennego na układ nerwowy sympatyczny i parasympatyczny, ponieważ były wykonane na sercu żabiem izolowanem. Autorowie zapowiadają ogłoszenie badań w tym przedmiocie na sercach ssaków *in situ.*

Karasiński (Kraków).

Nefelometryczna mikrometoda określania cholesteryny. O. MüHLBOCK u. C. KAUFMANN. Klinische Wochenschrift, 1932. Nr. 7.

Autorowie opracowali dokładną metodę oznaczania cholesteryny opartą na zasadzie strącalności cholesteryny digitoniną, do której zastosowania wystarcza już posiadanie 1 cm^3 materjału (krwi lub surowicy).

Karasiński (Kraków).

„Apiol" jako przyczyna charakterystycznej postaci w wieloogniskowem zapaleniu nerwów (Polyneuritis). A. REUTER. Klinische Wochenschrift, 1932 Nr. 7.

Apiol jest olejkiem eterycznym, wytwarzanym z pietruszki i jako ludowy środek do spędzania płodu cieszy się dużem wzięciem. Autor spostrzegał wiele przypadków zatrucia nim u młodych kobiet, u których powstawał charakterystyczny obraz chorobowy: niekiedy tylko bóle żołądka lub *gastroenteritis ac.* w okresie początkowym, a po upływie 14—18 dni od pierwszych objawów zatrucia pojawiają się wzrastające osłabienia stóp, gwałtowne bóle nóg, zwłaszcza w obrębie łydek, mrowienie w stopach i rękach, wkońcu całkowite porażenie mięśni podudzi, co sprawia, że chodzenie bez oparcia jest prawie niemożliwe. Porażenia mięśni rąk mniej wybitnie się zaznaczają, przeważnie dotknięte są drobne mięśnie dłoni; w dalszym przebiegu przychodzi do ich zaniku. Autor mimo dłuższej obserwacji nie widział poprawy stanu, także i w pracach, które dotychczas w tym przedmiocie się ukazały, rokowanie określa się jako niekorzystne. W obrazie klinicznym uderza daleko idące podobieństwo wszystkich przypadków. Wielkość dawki zdaje się nie ma wpływu na rozległość sprawy. Jad działa prawie wyłącznie na zakończenia nerwów ruchowych. Wzrastająca częstość tych przypadków nie jest jeszcze wyjaśniona; być może, że oprócz właściwego apiolu znajduje się w tym olejku jakaś inna substancja, której poprzednio nie było, a która jest jadem dla systemu nerwowego.

Karasiński (Kraków).

Leczenie chorób wątroby diatermją. G. GOLDGRUBER. Klin. Wochenschrift, 1932. Nr. 7.

Autor stosował diatermję systematycznie w przypadkach uszkodzenia miąższu wątroby, które nie poddawały się innemu leczeniu. Szczególnie leczył w ten sposób przewlekające się przypadki żółtaczki nieżytowej *(icterus catarrhalis)*, żółtaczki posalwarsanowej, podostrych i przewlekłych nieżytów dróg żółciowych. Działanie na wydzielanie żółci badano bezpośrednio zapomocą zgłębnika dwunastniczego. Zabieg stosowano przez 2 godz. i powtarzano go codziennie. W przypadkach zapalenia woreczka żółciowego, kamicy żółciowej, bólów po zabiegach na drogach żółciowych nie widziano korzystnych wyników.

Karasiński (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z XV posiedzenia naukowego z dn. 6 maja 1932.

Przewodniczy: Kol. S. Ruff.

1. Odczytanie i przyjęcie protokołu poprzedniego posiedzenia.

2. Kol. St. Teppa przedstawił 39-letnią kobietę z kliniki neurologicznej z *obustronnem porażeniem obwodowem nerwów twarzowych*, które wystąpiło po zastrzyku salwarsanu. Mąż chorej był ostatnio leczony w klinice z powodu porażenia postępującego. Chora jest zamężną od 4 lat, dwa przedwczesne porody. Lekarz prowincjonalny w związku z chorobą męża zbadał krew chorej na odczyn Wassermanna, a gdy ten wypadł dodatnio, rozpoczął lekarz leczenie specyficzne. Po drugim zastrzyku salwarsanu, w kilka godzin wystąpiły dreszcze, gorączka powyżej 40 stopni, nieznaczne bóle i zawroty głowy, wymioty i biegunka. Objawy te trwały 4 dni. Piątego dnia wystąpiła wysypka trwająca do dnia dziesiątego. Jedenastego dnia po zastrzyku wystąpiło obwodowe porażenie nerwów twarzowych. Poza tem w klinice stwierdzono wzmożoną pobudliwość błędników. O. W. krwi +, płynu ujemny. Poza tem w płynie mózgowordzeniowym 24/3 limfocytów, odczyny białkowe i z rozczynem koloidalnym złota ujemne. Na skórze brak zmian kiłowych.

Kol. Teppa omówił występowanie porażenia nerwów twarzowych, teorje neurorecydyw, symptomatologję krwotocznego posalwarsanowego zapalenia mózgu i obrzęku mózgu po salwarsanie. Wkońcu zwrócił uwagę, że przypadek ten można uważać jako następstwo toksycznego obrzęku mózgu i opon z uciskiem w kanałach kostnych na nerwy twarzowe, z powodu objawów toksycznych, które wystąpiły w kilka godzin po wstrzyknięciu, nieznacznych zmian w płynie mózg.-rdzen. u osoby bez objawów klinicznych kiły na skórze, co przemawia przeciw neurorecydywie.

3. Kol. Tomanek wygłosił wykład: *O gruźlicy płuc psychoreaktywnej.* (Ukaże się w całości w czasopiśmie Gruźlica).

W dyskusji: Kol. Pisek: Wnikliwe ujęcie psychiki gruźlików przez prelegenta zasługuje na szczere uznanie. Wyczyeiowanie pewnych typów jest może zbyt dogmatyczne — ale sposób badania i kojarzenia objawów stwierdzanych, jest istotnie bardzo staranny. Na psychę chorego zwracali uwagę lekarze od czasów najdawniejszych i dziś niewątpliwie usposobienie, samopoczucie chorych wpływa decydująco na nasze rozpoznanie i leczenie — wpływ często podświadomy na pracę myślową badającego t. zw. „bystrego diagnosty". Euforje suchotników dobrze znamy, euforję chorych z zespołem Basedowa, nieraz i chorych z ciężką posocznicą — uderza nas dysforja w chorobach wątroby, uderza nas bardzo apatja chorych z schorzeniami trzustki, zwłaszcza nowotworów trzustki, o czem dawno wspominał Oser, chorych z białaczką i t. d. Mimo to zdarzają się liczne wyjątki: u dwóch chorych dotkniętych tem samem schorzeniem — występują wprost przeciwne stany psychiczne.

Kliniczna psychologja poszczególnych chorób wzgl. *zespołów chorobowych jest nauką przyszłości.*

Jedynie sprawa psychiki chorych dotkniętych gruźlicą znalazła częściowe bodaj opracowanie naukowe — ale co dziwniejsze w pierwszym rzędzie znalazła klasyczne wprost przedstawienie w słynnej powieści Tomasza Manna: *„Der Zauberberg"* — Czarodziejska Góra. Gdy w r. 1926 na jednym z zagranicznych zjazdów wygłosił odczyt Hellpach, (lekarz, były minister) p. t. *„Die Zauberbergkrankheit"* — nie wiedział nikt na sali, co to za choroba! Właśnie treść odczytu stanowił przepyszny literacki rozbiór owej słynnej powieści — w której po mistrzowsku skreślono psychikę suchotnika w sanatorjum.

Powieść Manna w swoim czasie wywołała burzę sprzeciwów wybitnych lekarzy. Z odczytu — jako spóźnionego echa warto przytoczyć zdanie: że *nie posiadamy rzeczywistej systematyki* klinicznej *psychologji gruźlicy.* (Było to w r. 1926). Dziś szereg prac już się zjawił.

Dzisiejszy wykład stanowi *nabytek poważny.* Nasuwają się pewne zastrzeżenia. Cyfrowo zdawałoby się, że istotnie pewnym postaciom gruźlicy odpowiadają pewne typy psychiczne; może jeszcze za wcześnie na takie zestawienie — zwłaszcza że etjologja tych psychicznych objawów (toksykozy swoiste, stany septyczne, powikłania etjologiczne i t. d.) mogą tu decydować. Podział na histeryków, idealistów, hipochondryków i „mięszanych" i t. d. nie jest wolny od pewnego schematyzowania — może jeszcze przedwczesnego. Myśl o ***kompensacji*** psychicznej, którą prelegent zbyt krótko omówił zasługiwałaby na baczną uwagę — jest to myśl oryginalna, nowa. Gorąco pragnąłbym by końcowa formuła

$$Pp = \frac{P.\ Kp.}{n.\ k.}$$

znalazła w dalszych badaniach potwierdzenie. Nie mogę marzyć na razie o czemś podobnem dla innych działów interny. W szczególności u gruźlików — co widać i z powieści Manna, występuje często euforja swoista, podmiotowa *Vitalitas*, chęć narażenia życia swego bez namysłu, czasem gwałtowny napór użycia, wyzyskania życia chociażby wśród groźnego niebezpieczeństwa. Do tej grupy należą liczni chorzy z wygojoną czy prawie wygojoną gruźlicą kręgów, którzy mimo kalectwa lubią się ubierać jaskrawo, tu może należą i młodzi chorzy z gruźlicą kości, stawów znoszący cierpliwie i z pewną wesołością tortury choroby i czasem — leczenia. To samo niejako toksyczne upojenie widujemy u suchotników. Musimy wszakże pamiętać, że naszych chorych szpitalnych nie możemy bez zastrzeżeń porównać z chorymi nie szpitalnymi, nie zakładowymi — co do psychiki. Podział wszystkich gruźlików względem psychiki na neutralnych i psychoreaktywnych jest nieco za sztywny, za dogmatyczny — osobiście na podstawie doświadczenia chętniejbym widział podział na optymistów i pesymistów z dodatkiem okresowych, przejściowych postaci.

Na wszelki wypadek poglądy prelegenta, bardzo cenne, ułatwiają nam w wysokim stopniu nasze poznanie psychiki gruźlika, a wyzyskanie stanów euforycznych na jakiś czynnik terapeutyczny byłby ideałem, do któregobyśmy dążyli. (Streszczenie własne).

Kol. Sochański zapytuje prelegenta, czy spostrzegane przezeń typy psychiczne u chorych gruźliczych szły w parze z odpowiadającemi im typami somatycznemi, czy też było widać psychosomatyczne rozkojarzenie, które możnaby przypisać szczególnym wpływom zakażenia gruźliczego.

Odpowiedział prelegent.

Sekretarz doroczny: *H. Długosz.*

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 1 marca 1932 r.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 23. lutego 1932 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes zawiadomił o wzięciu udziału przez T-wo w obchodzie 50-lecia istnienia Kasy im. Mianowskiego oraz o złożeniu w imieniu T-wa adresu treści następującej:

Z okazji przypadającej dzisiaj 50-letniej rocznicy założenia Kasy im. Mianowskiego, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie śpieszy złożyć Ci, czcigodna i wielce zasłużona dla kraju Jubilatko, wyrazy najgłębszej czci i uznania za Twą tak płodną i dobroczynną działalność właśnie w czasach największego ucisku najeźdźcy — w ostatnich dwu dziesięcioleciach wieku ubiegłego i pierwszych dziesięciu latach stulecia bieżącego.

Szerząc wówczas po kraju kult książki, Ty przyczyniłaś się walnie do podtrzymania kultury i nauki polskiej na poziomie, z którego dążył stale spychać je barbarzyński i wrogi nam zaborca.

Cześć Ci i wdzięczność od nas szczególnie za pamięć o nauce lekarskiej w Polsce!

Dzięki Twej trosce i ofiarnej pomocy można było wśród młodzieży lekarskiej szerzyć skuteczniej naukę zapomocą polskiej książki lekarskiej.

Cześć Ci wreszcie za czułą i mądrą opiekę, którą stale otaczałaś ludzi, oddających się w Polsce pracy naukowej.

Twoja niewyczerpana energja, Twoja niezłomna wiara w lepszą dla Polski przyszłość sprawiły niezawodnie, żeś, pomimo ciężkich strat materjalnych, przetrwała wojnę wszechświatową i jej skutki okropne i doczekałaś się wreszcie oczekiwanego oddawna z utęsknieniem wskrzeszenia ukochanej Ojczyzny, a z niem niepłonnych nadziei promienniejszej przyszłości dla kultury i nauki polskiej, których byłaś zawsze i będziesz — da Bóg — nadal Orędowniczką niedoścignioną i niezastąpioną.

Tego zasłużonego rozwoju, tych dojrzałych owoców zbożnej pracy Społecznej życzy Ci, Czcigodna Jubilatko, z całego serca w imieniu kultury i nauki polskiej Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

3. Kol. Prezes odczytał zawiadomienie o organizowaniu przy Wydziale Lekarskim Uniw. Warsz. kursu dokształcającego dla lekarzy praktykujących.

4. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie o ś. p. Drze med. Czesławie Jankowskim (streszczenie własne).

W dn. 24 lutego r. b. zmarł w Warszawie ś. p. Dr. Czesław Jankowski, członek czynny T. L. W. od r. 1905. Urodzony dn. 15 lipca r. 1877 w Radzyminie, dawnej gub. Warszawskiej, po ukończeniu IV gimn. w Warszawie, zapisał się w r. 1895 na wydział lekarski Uniw. Warsz. Stopień lekarza uzyskał w r. 1900. Początkowo pracował przez krótki okres czasu na oddziale chorób wewnętrznych, prowadzonym przez ś. p. Dra O. Hewelkego w szpitalu Ś-go Rocha, niebawem zaś, postanowiwszy poświęcić się chirurgji, przeniósł się na oddział ś. p. Dra Maliszewskiego w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze. Stąd w r. 1902 przeszedł na stanowisko asystenta Kliniki Chirurgicznej w szpitalu Ś-go Ducha. W r. 1914 został powołany do armji rosyjskiej, a w r. 1919 stanął w szeregach Wojska Polskiego. W r. 1924 opuścił służbę wojskową ze zdrowiem tak nadwątlonem, że już nie mógł myśleć o wzięciu żywszego udziału w życiu zawodowem. Uczcijmy pamięć zmarłego kolegi przez powstanie.

Zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie i jednominutową ciszę.

5. Kol. Uliński H. przedstawił *„Dwa przypadki tocznia rumieniowatego twarzy"*. (streszczenie własne).

Chora, lat 29, zgłosiła się do ambulatorjum skórnego Szpitala św. Ducha przed $1^1/_2$ tygodniem. Na grzbiecie nosa — blaszka barwy szarej z różowym odcieniem. Brzegi wykwitu są otoczone rozszerzonemi naczyńkami krwionośnemi. W obrębie blaszki skóra nacieczona. Na lewej stronie nosa — blizna po zamrażaniu stałym CO_2. Na obu policzkach pod oczami — skóra nacieczona, czerwona z sinawym odcieniem. Gruczoły łojowe są rozszerzone. Choroba trwa od $5^1/_2$ lat; leczyła się w Wilnie maściami i zamrożeniem stałym CO_2. Zamierza skierować chorą do Instytutu Światłoleczniczego przy szpitalu św. Łazarza.

Chora, lat 40, zgłosiła się do ambulatorjum Szpitala św. Ducha przed $1^1/_2$ tygodniem. Na grzbiecie nosa — ostro ograniczona, nieco wzniesiona blaszka barwy brunatno-żółtej. Zaopatrzona ona jest w rozszerzone naczyńka krwionośne. Naokoło blaszki — skóra obrzmiała, sina, chłodna. Choroba trwa, jak chora podaje, od $2^1/_2$ miesięcy. Nie była leczona. Powyższy zespół objawów Hutchinson nazwał *„Chilblain-Lupus"*.

6. Kol. Brokman wygłosił *„Pogląd na patogenezę oraz leczenie chorób zakaźnych w związku z zagadnieniem alergji"* (streszczenie własne).

Z różnorodnych przejawów doświadczalnych oraz klinicznych anafilaksji i idjosynkrazji można wyodrębnić wspólne cechy, łączące je wzajemnie, a to w postaci stanu alergji oraz zjawiska alergji. Stan alergji sprowadza się do wrażliwości (powinowactwa) tkanki wrażliwej w stosunku do wywoływacza (antygenu). Zjawisko alergji jest wynikiem wiązania się komórek wrażliwych z antygenem na podłożu tego powinowactwa i sprowadza się w pierwszym rzędzie do pierwotnego uszkodzenia tkanek. Te podstawowe dwa fragmenty oddziaływania biologicznego w postaci stanu i zjawiska alergji dają się stwierdzić w szeregu niemal wszystkich chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych. Warunkują one ten lub inny okres wylęgania, wrażliwość osobniczą na daną chorobę, charakteryzują jej przebieg oraz wpływają na mechanizm zdrowienia. Ten stan alergji, stanowiącej podłoże patogenetyczne, warunkujące zjawiska chorobowe, ustrój zwalcza zapomocą ciał odpornościowych, przeciwstawiających się czynnikowi bakteryjnemu lub toksycznemu. Występują tutaj na scenę ciała głównie zobojętniające (antytoksyny). Wynik ich działania zależy od stopnia aktywności tych ciał, od stosunku jaki zachodzi pomiędzy powinowactwem tych ciał do jadu z jednej strony, a powinowactwem tego jadu (alergji) do komórek wrażliwych ustrojowych z drugiej strony. Stąd widać, że ciała zobojętniające posiadają dla wrażliwości na choroby zakaźne, dla łagodniejszego ich przebiegu, wreszcie dla mechanizmu zdrowienia jedynie znaczenie względne. Ustrój posiada jeszcze odmienny sposób unikania niekorzystnego dlań powinowactwa do czynnika chorobotwórczego, a to drogą zmniejszenia tego powinowactwa, obojętniejszego ustosunkowania się do czynnika chorobotwórczego. Tak niewrażliwość małych niemowląt na szereg chorób zakaźnych (m. i. na płonicę, zapalenie płuc) zależy w dużej mierze od obojętności tkanek narządowych (skóry w płonicy, płuc w ich zapaleniu) w stosunku do odpowiednich zarazków (paciorkowca płoniczego, pneumokoka). Zdrowienie z choroby zakaźnej, ustępowanie wysypki w przebiegu płonicy zależy, na zasadzie badań własnych, od występującej w tym okresie niewrażliwości skóry na jad paciorkowca płoniczego. Dalej w przebiegu odry towarzyszy słabnącemu odczynowi tuberkulinowemu, (co należy uważać za wyraz mniejszej wrażliwości tkanek do jadów prątka gruźliczego) cały szereg objawów klinicznych: sprawy zapalne gruźlicze chwilowo zaczynają się cofać, przetoki wydzielać ropę, występuje pozorna, acz krótkotrwała poprawa.

Ten punkt widzenia daje nam nowe perspektywy w kierunku zapobiegania oraz leczenia chorób zakaźnych. W zakresie zapobiegania winniśmy unikać wszystkich czynników, które są w stanie zwiększyć powinowactwo tkanek ustrojowych do poszczególnych czynników chorobotwórczych; poddawać zaś ustrój działaniu tych, które wpływają nań w sensie odwrotnym. W zakresie leczenia winniśmy uznać za nader ważne stosowanie tych środków swoistych (szczepionek), nieswoistych (proteinoterapja, leczenie wstrząsowe), farmakologicznych i fizykalnych (balneologicznych), które mogą spowodować wytworzenie się stanu obojętności tkanek na czynnik chorobotwórczy. Cały szereg już wprowadzonych do lecznictwa środków zawdzięcza temu mechanizmowi działania swój efekt leczniczy. Inne winny być badane właśnie z punktu widzenia działania ich na ustrój w powyższym sensie.

Dla rozwiązania tego zagadnienia niezbędne jest skojarzenie metod badania klinicznego z metodami doświadczalnemi anatomji patologicznej, patologji ogólnej oraz farmakologji. W ten sposób pogląd prelegenta na patogenezę chorób zakaźnych, oparty na dziesięcioletniej pracy klinicznej i doświadczalnej, znajdzie głębsze jeszcze uzasadnienie; na tej drodze zostaną być może osiągnięte wyniki praktyczne w zakresie zapobiegania oraz leczenia chorób zakaźnych.

Dyskusja: Kol. Karwacki (streszczenie własne).

Wydaje mi się, że niema takich ram patogenetycznych, w których możnaby pomieścić wszystkie choroby zakaźne, nie wyłączając oczywiście i ram alergji. Obejmowanie wszystkich chorób zakaźnych przez prelegenta pod tym znakiem utrudnia dyskusję, stawiając ją na gruncie ogólnikowym.

Przechodząc do rzeczy konkretnych, stwierdzam, że sprawdzian alergiczny, podany przez prelegenta w postaci zapalnych odczynów komórkowych różnego natężenia, nie wydaje mi się dość uzasadnionym.

Białko bakteryjne w postaci płynnej jako niskocząsteczkowe może przechodzić przez błony komórkowe i wywoływać w komórkach zmiany, i tak się dzieje niewątpliwie. Gdzież więc tu jest miejsce na odczyn alergiczny i jak prelegent uzasadnia, że to jest odczyn spowodowany alergją, a nie pierwotną toksycznością białka bakteryjnego?

Wydaje mi się, że w chorobie zakaźnej ostrej prawie niema szans na wytworzenie się stanu uczulenia. Powstaje on natomiast nieuchronnie w chorobach zakaźnych przewlekłych, jako następstwo długotrwałego działania białka bakteryjnego na ustrój.

Kol. Brokman starał się wyodrębnić pewne podstawowe zjawiska biologiczne i wykazać ich występowanie w całym szeregu chorób zakaźnych nietylko przewlekłych lecz i ostrych. Ta-

kie choroby jak odra i ospa są cierpieniami odczynowemi. Objawy występują w nich dopiero wtedy, gdy ustrój zostanie uczulony. W innych np. błonicy niepotrzebny jest okres wylęgania, jednak i tu działanie jadowite białka drobnoustrojowego nie ma znaczenia. Różnica jest tylko pozorna. Niemowlęta są początkowo niewrażliwe na zakażenie błonicze, stają się jednak wrażliwe prawdopodobnie przez zetknięcie się z zarazkiem błoniczym mniej zjadliwym, który nie wywołał cierpienia, lecz uczulił ustrój. Objawy błonicy wystąpią dopiero wtedy, gdy ustrój został nieuczulony. Ten stan powinowactwa jest czynnikiem podstawowym, warunkującym wystąpienie objawów chorobowych pod wpływem czynnika zakaźnego.

7. Kol. Kotarska-Dettloff H. i Moczarski W. wygłosili odczyt p. t.: *„Ocena niezdolności do pracy w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego". Część I.* (streszczenie własne).

Prelegenci (Moczarski) podnoszą doniosłość klinicznego ujmowania niezdolności do pracy w gruźlicy płuc, która jest równocześnie zagadnieniem społecznem. Wskazują, opierając się na statystyce przeprowadzonej w Komisji lekarskiej Kasy Chorych jak duży odsetek ocen przypada na cierpienie gruźlicze (na 6910 różnych chorych wewnętrznych i nerwowych 1192 przypadków gruźlicy płuc) z tego zdolnych do pracy 40,16%, niezdolnych 59,84%. Przyjmują w orzecznictwie zakaz pracy, jako jeden z czynników leczniczych oraz jako środek w dążeniu do uzyskania powrotnie pełnowartościowej lub choćby częściowej zdolności do pracy. Następnie rozpatrują trudności, nasuwające się w ocenie niezdolności do pracy zwłaszcza w gruźlicy, wskutek zdradliwego i podstępnego początku oraz różnorodnego przebiegu cierpienia. Zwracają uwagę nietylko na stan chorego, ale i na warunki, w jakich praca się odbywa. Uwzględniają również rodzaj zajęcia, dzieląc zawody zależnie od ich ciężkości na 4 grupy.

Wczesne rozpoznanie, możliwie najściślejsze rokowanie oraz indywidualizacja poszczególnych przypadków są zasadniczemi warunkami trafnej oceny.

Opierając ocenę niezdolności do pracy w gruźlicy na gruncie klinicznym prelegenci podkreślają wartość radjologji i badań pomocniczych, omawiając krótko znaczenie ich zastosowania w orzecznictwie praktycznem.

Dla ułatwienia omówienia oceny niezdolności do pracy w poszczególnych postaciach gruźlicy, autorzy przyjmują podział gruźlicy według Sterlinga oraz Bard-Piéry-Neumanna.

W pierwszej części odczytu omówiono ocenę niezdolności do pracy w ostrej i podostrej postaci gruźlicy.

Dyskusja odbędzie się po wygłoszeniu całości.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 8 marca 1932 roku.

1. Protokół posiedzenia z dnia 1. III. 1932 r. przyjęto.

2. Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Drze Janie Sędziaku (streszczenie własne).

W dniu 6 marca r. b. zmarł w Warszawie ś. p. Dr. Jan Sędziak, członek Tow. Lek. Warsz. od r. 1888. Ś. p. Jan Sędziak urodził się w r. 1861. Po ukończeniu III-go Gimnazjum w Warszawie zapisał się na Wydział lekarski Uniwersytetu Warsz., który ukończył w r. 1886 ze stopniem lekarza. Przez 2 następne lata pracował jako asystent na oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu Ś-go Ducha, prowadzonym przez ś. p. Alfreda Sokołowskiego. W latach 1889 i 1890 ś. p. Jan Sędziak prowadził systematyczne, poważne studja w uczelniach zagranicznych, przedewszystkiem i najdłużej w Londynie pod kierownictwem najsłynniejszego wówczas laryngologa Prof. Sir M. Mackenzie. Po przeprowadzeniu studjów uzupełniających w klinikach Paryża, Heidelberga, Monachjum, Wiednia i Berlina, ś. p. Dr. Sędziak powraca do kraju i tu po pewnym czasie obejmuje stanowisko kierownika ambulatorjum oto-laryngologicznego w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze. Po kilku jednak latach opuszcza to stanowisko z powodu nadwątlonego zdrowia po przebytej ciężkiej chorobie nerek. Odtąd oddaje się z zapałem i niepodzielnie pracy na niwie naukowo-literackiej. Ogłasza drukiem około 170 mniejszych i większych prac z dziedziny oto-ryno-laryngologji w językach polskim, angielskim, francuskim i niemieckim. Prace te jednają ś. p. J. Sędziakowi duże uznanie i poza granicami kraju ojczystego, skoro za monografję „O nowotworach złośliwych krtani" otrzymuje we Francji na konkursie międzynarodowym złoty medal i 1.000 franków nagrody. Wkrótce potem zdobywa ś. p. J. Sędziak medal złoty na międzynarodowym konkursie lekarskim w Ameryce za pracę: „Etjologja i leczenie gruźlicy górnych dróg oddechowych". Następnie ogłasza pierwsze w literaturze lekarskiej polskiej „Podręczniki chorób nosa i gardła". Z dalszej działalności ś. p. Sędziaka wymienić należy pracę: „Rozwój laryngologji i rynologji u poszczególnych narodowości". Praca ta ogłoszona pierwotnie w języku angielskim spotkała się z tak gorącą i niezwykle pochlebną oceną Prof. Sir Semona, że w następnym 1907 r. otrzymał ś. p. Sędziak zaproszenie od Akademji Oto-Laryngologicznej w New-Yorku do wygłoszenia odczytu inauguracyjnego na otwarciu III-go kongresu tej instytucji. Kongresy takie odbywają się co lat 3: na pierwszy z nich otrzymał podobne zaproszenie prof. F. Semon z Londynu, na drugi prof. B. Frenkiel z Berlina. W kraju również nie omijają ś. p. Sędziaka dowody prawdziwego uznania — w r. 1897 zostaje on powołany na członka korespondenta Tow. Lek. w Krakowie oraz Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

W maju tegoż roku ś. p. J. Sędziak został powołany na katedrę oto-laryngologji przez Wydział Lekarski Uniwersytetu we Lwowie, w r. 1918 przez Uniwersytet Jagielloński. I tylko okoliczności, dotąd dostatecznie niewyjaśnione, stanęły na przeszkodzie do objęcia tych stanowisk.

Jak z tego, narazie pobieżnego wspomnienia, wynika, ze śmiercią ś. p. Dra Jana Sędziaka schodzi ze świata niepowszedniej wartości i niebywałej pracy lekarz, wysoko niosący sztandar nauki, któremu przypadło w większym udziale przypominać światu w najpiękniejszej dziedzinie cywilizacji, o niespożytej, wiecznie żywej wartości Polski. I jak gorąco tę Polskę miłował, dał dowód, gdy będąc już w podeszłym wieku, cały pozostały mu zarobek ciężkiej pracy umieścił w ziemi Pomorskiej. A ziemię tę oddał nam, Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu, na pożytek społeczności lekarskiej, bo Mu ona naprawdę drogą była. Uczcijmy żywą pamięć Kolegi naszego ś. p. Dra J. Sędziaka. Zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie z miejsc i minutę ciszy.

3. Kol. Prezes odczytuje wykaz prac nadesłanych do Bibljoteki Towarzystwa oraz zawiadamia o otwarciu Kliniki Ocznej U. W. w nowem pomieszczeniu w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Na uroczystość tę zostało zaproszone Towarzystwo Lekarskie, które reprezentował kol. Prezes.

4. Kol. Berdo N. wygłasza odczyt p. t.: *„Wartość rezorcynowego odczynu Vernesa w gruźlicy płuc"* (streszczenie własne).

Przeprowadzono przeszło 1020 badań nad zachowaniem się odczynu Vernesa u 818 chorych z różnemi cierpieniami narządów wewnętrznych (z uwzględnieniem przedewszystkiem gruźlicy płuc) i u 11 klinicznie zdrowych.

Krew pobierano naczczo z żyły z przestrzeganiem wszystkich przepisów, podanych przez Vernesa i jego współpracowników. Po utworzeniu skrzepu surowicę zlewano i wirowano aż się stała zupełnie przeźroczystą. Do 0,6 cm^3 badanej surowicy dodawano 0,6 cm^3 1,25% roztworu rezorcyny i określano zapomocą fotometru stopień zmętnienia mieszaniny. Następnie pozostawiano mieszaninę w cieplocie 18—20° na 4 godziny i ponownie określano stopień zmętnienia. Po odjęciu pierwszej liczby od drugiej otrzymano odczyn Vernesa liczbowo. Liczby ponad 30 uważano za dodatni odczyn Vernesa, poniżej zaś za ujemny.

Wśród 355 chorych z różnemi postaciami gruźlicy płuc ogółem w 86,4% otrzymano odczyny dodatnie.

Chorych z innemi cierpieniami narządów wewnętrznych było 463, odczyn dodatni otrzymano w 44,9%.

Na podstawie własnych badań i piśmiennictwa wnioskujemy:

1. Odczyn Vernesa nie jest swoisty w gruźlicy płuc, więc znaczenie rozpoznawcze tego odczynu jest niewielkie.

2. Odczyn Vernesa natomiast ma duże znaczenie w określeniu czynności gruźlicy i jej charakteru postępującego.

3. Odczyn Vernesa może być stosowany jako kontrola skuteczności leczenia: w przypadkach polepszenia obniża się, w razie pogorszenia lub powikłań — podnosi się.

4. Wobec tego odczyn Vernesa ma znaczenie w rokowaniu w gruźlicy płuc, zwłaszcza jeżeli się przeprowadza badania seryjne. Wtedy krzywa odczynu w olbrzymiej większości przypadków wiernie naśladuje przebieg cierpienia. W wielu przypadkach na podstawie jej można przepowiedzieć dalszy przebieg, przynajmniej na krótki okres czasu.

Dyskusja: Kol. Dąbrowski K. (streszczenie własne).

Przypomina, że w ciągu ostatnich 10-ciu lat były stosowane 2 odczyny w klinice gruźlicy: 1) odczyny wiązania dopełniacza (z antygenem Besredki, Boqueta i Nègre'a, Wassermanna, Petroffa i t. p.) i 2) odczyn kłaczkowania (Costy, Darany'ego, Mattefi'ego, Vernesa i t. p.).

Liczne prace wykazały, że oba odczyny nie są swoiste dla gruźlicy. Wypadają ujemnie w przypadkach niewątpliwie stwierdzonej gruźlicy a dodatnio — u chorych bez gruźlicy. Odczyny powyższe posiadają charakter pomocniczy w klinice gruźlicy, zwłaszcza w określeniu nasileń i przebiegu choroby. Natomiast nie posiadają wartości diagnostycznej.

Kol. Weingot stwierdza, że odczynu Vernesa nie dokonywano u osób zołzowych. Należałoby porównać go z odczynem Pirquet'a.

Kol. Moczarski uważa, że odczyn Vernesa należałoby stosować w kwalifikowaniu chorych do szpitali i sanatorjów, zwłaszcza w wysiękowem zapaleniu opłucnej, które może zależeć od gruźlicy czynnej lub klinicznie wygojonej.

5. Kol. Dąbrowski K. i Gackowski J. wygłaszają odczyt p. t.: *„Jednoczesna obustronna odma sztuczna w leczeniu gruźlicy płuc"* (streszczenie własne).

Od 1923—1931 roku odmę sztuczną obustronną zastosowano w 65 przypadkach. Wśród chorych, którym stosowano ten zabieg, byli chorzy ze zmianami w drugiem płucu, powstałemi w przebiegu stosowania odmy jednostronnej (kategorja I), albo tacy, którzy przybywali już na oddział ze zmianami obustronnemi w płucach (kategorja II).

Zakładając odmę obustronną stwarzało się chorym możność korzystania nadal ze skuteczności leczenia uciskowego. W przeciwnym bowiem razie byliby oni skazani na dalsze rozwijanie się choroby i postępujące z tem wyniszczenie. Dobre wyniki otrzymywano, jeśli odmę obustronną zakładano w warunkach odpowiednich i w odpowiednim czasie. Stosowanie odmy sztucznej obustronnej nie nastręcza żadnych trudności i można ją stosować kierując się ogólnie przyjętemi wskazaniami i przeciwwskazaniami.

Ze spostrzeżeń, jakie dotychczas posiadamy, zauważyć można, że odma obustronna daje nieraz znaczną poprawę stanu ogólnego chorego i że choroba nie postępuje tak, jak bez stosowania tego sposobu leczenia.

Dotychczas wśród chorych, leczonych obustronną odmą sztuczną zauważono wyniki dość dobre, nawet w przypadkach średnio-ciężkich.

Wnioski: 1. Obustronna odma sztuczna jest zabiegiem nieszkodliwym. 2. Ostrożnie stosowana i często kontrolowana nie daje powikłań. 3. Obustronna odma sztuczna stwarza w płucach lepsze warunki do leczenia gruźlicy płuc. 4. W odpowiednich przypadkach może dać około 50% poprawy.

Dyskusja: Kol. Szczepański: W uzdrojowisku w Otwocku spostrzegał 32 przypadków odmy dwustronnej. Naogół odniósł wrażenie niekorzystne. Tylko 3 przypadki od kol. Dąbrowskiego szły dobrze. U jednej chorej nie stwierdzono duszności nawet przy wchodzeniu na schody. Przejście gruźlicy na drugie płuco w leczeniu odmą jednostronną świadczy o złośliwości przebiegu cierpienia. Pęknięcie płuca stwierdzono 4 razy. Po każdym zabiegu następowało samodopełnienie odmy, które opisują często w przypadkach odmy dwustronnej. Prawdopodobnie pękają pęcherzyki płucne rozedmowe w sąsiedztwie zmian chorobowych. Odmę dwustronną robi się w przypadkach bardzo ciężkich. Mimo to niekiedy następuje przemijająca poprawa.

Kol. Misiewicz stwierdza ogromnie dokładne opracowanie materjału referatowego. Nasuwało się jednak pytanie, czy wobec 40—50% poprawy warto tę metodę stosować. Nie można porównywać statystyk odmy jednostronnej i odmy dwustronnej. Nie mamy bowiem dwóch przypadków identycznych pod względem okresu i rozległości zmian patologicznych. Ponieważ doświadczalnie sposób ten nie dawał zachęcających wyników, stosowano go wyłącznie w przypadkach ciężkich. Aby odma dwustronna uzyskała prawo obywatelstwa, należy stosować ją według prawideł stosowania odmy jednostronnej: to jest we wczesnych okresach gruźlicy i u młodych ludzi. Płyn powstający po pierwszem wprowadzeniu powietrza do opłucnej w przeciągu krótkiego czasu nie jest płynem wysiękowym, jest to płyn zwilżający normalnie listki opłucnowe, który po ich rozsunięciu, zbiera się w dole opłucnej. Duszności w przypadkach odmy dwustronnej nie powinniśmy się spodziewać, ponieważ pojemność życiowa płuc nie zmienia się tak bardzo.

Kol. A. Gluziński: podkreśla, że był jednym z pierwszych, który w Polsce zastosował metodę Forlaniniego. Uważa, że odma dwustronna nie może dać dodatnich wyników leczniczych. Ucisk płuca nie może być zbyt silny, jak tego wymaga leczenie odmą. Doświadczenie na psach wskazuje, że odma dwustronna wywołuje znaczne zaburzenie w układzie krążenia i w narządzie oddechowym. Już w odmie jednostronnej u psa na skutek zwężenia koryta tętnicy płucnej serce prawe przerasta. Przedostawaniu się powietrza z jednej opłucnej do drugiej towarzyszą bardzo gwałtowne objawy. To przedostawanie się powietrza na drugą stronę u psa zależy od stosunków anatomicznych w śródpiersiu, a mianowicie od miejsc o mniejszym oporze.

Kol. Szczepański: jego spostrzeżenia dotyczące odmy u psów nie potwierdzają spostrzeżeń prof. Gluzińskiego. Odma nie wywołuje przerostu serca prawego. Przy nadmiernym ucisku płuca rentgenologicznie stwierdzamy, jakby odmę obustronną. Zależy to od przesunięcia wiotkiego śródpiersia psa na stronę drugą.

Kol. Orłowski (streszczenie własne). Zaznacza, że pierwszy zaczął stosować leczenie gruźlicy płuc odmą w Rosji. Idąc za wskazówkami Forlaniniego, początkowo doprowadzał ciśnienie wewnątrzopłucnowe do dodatniego, oczywiście po kilku dopełnieniach. Z biegiem czasu przekonał się, że dodatnie ciśnienie nie jest niezbędnym warunkiem skuteczności leczenia, gdyż dobre wyniki otrzymuje się, stosując przez cały czas leczenia ciśnienie ujemne w granicach — 1, — 2, — 6. Od tego czasu nie doprowadza ciśnienia nigdy do dodatniego. Takie postępowanie jest obecnie ogólnie przyjęte. Jego skuteczność wskazuje, że mechanizm działania odmy nie polega na zupełnem unieruchomieniu chorego płuca. Wchodzą tu w grę inne czynniki, przedewszystkiem utrudnienia obiegu krwi oraz chłonki w uciśniętem płucu, co zmniejsza zatrucie ustroju toksynami. Płuco bierze mniejszy udział w akcie oddechowym, wskutek czego aspiracja materjału zakaźnego z chorych części płuc przez zdrowe jest również utrudniona. Od czasu, gdy zaprzestano doprowadzać ciśnienie wewnątrzopłucnowe do dodatniego, rzadziej występują w odmie wysiękowe zapalenia opłucnej. Wspomina o swoich badaniach doświadczalnych na psach, które wykonywał w Klinice kazańskiej, by wyjaśnić, jaki wpływ wywiera leczenie odmą na zdrowe płuco. Przekonał się przytem, że psy często ginęły, gdy doprowadzał ciśnienie do dodatniego. W tych warunkach bowiem odma u psów szybko staje się obustronna. Zależy to od budowy śródpiersia. Możemy stosować odmę obustronną w gruźlicy płuc, gdy odrazu mamy gruźlicę obu płuc, albo gdy sprawa gruźlicza zjawia się w drugiem płucu w czasie leczenia odmą jednostronną. W pierwszym przypadku należy rozstrzygnąć przedewszystkiem, czy zmiany w obu płucach są czynne; osiągamy to spostrzeganiem chorego łącznie z seryjnemi zdjęciami rentgenowskiemi. Jeżeli sprawa jest czynną w jednem płucu, odmę zakładamy tylko po tej stronie, jeżeli natomiast jest czynna w obu płucach, a zmiany nie są zbyt daleko posunięte, należy zakładać odmę po stronie ze zmianami bardziej rozległemi. Nieraz w podobnem postępowaniu zjawia się poprawa ogólna oraz miejscowa również i w płucu drugiem. W innych jednak przypadkach jednostronna odma powoduje obostrzenie zmian w drugiem płucu. L. Bernard poleca w tych przypadkach dalsze leczenie odmą z warunkiem rozpoczęcia leczenia odmą drugiego płuca, gdy w płucu pierwszem nastąpi poprawa. Jednak w tych przypadkach nie można ustalić zgóry jednolitego postępowania. Dużo zależy od temperamentu lekarza. Chorego trzeba poddać dokładnemu spostrzeganiu, biorąc pod uwagę nietylko zmiany w płucach, lecz także stan serca oraz stopień zatrucia jadami *(toxaemia)*. W każdym przypadku postępowanie powinno być indywidualne. Oczywiście odma obustronna nie może być nigdy prowadzona pod ciśnieniem dodatniem.

Kol. Dąbrowski (streszczenie własne). W wygłoszonym referacie o stosowaniu jednoczesnej odmy obustronnej w leczeniu gruźlicy płuc nie są podane przypadki z ostatnich miesięcy. Że tych przypadków zebrało się tak dużo, zawdzięczamy w znacznym stopniu przychodniom przeciwgruźliczym, które kierują odpowiednich chorych do szpitala Wolskiego. Poza tem są chorzy, którzy z powodu zmian w płucach nie mogli się dostać do żadnego sanatorjum i dzięki odmie obustronnej utrzymano ich przy życiu.

Najważniejszem wskazaniem do założenia odmy dwustronnej jest zajęcie drugiego płuca w przebiegu leczenia odmą jednostronną, zwłaszcza gdy nie można przeprowadzić odpowiedniego leczenia klimatycznego, lub gdy nie dało ono pomyślnego wyniku. To zajęcie drugiego płuca w leczeniu odmą jednostronną występuje w 25% przypadków w ciągu najbliższych 1—2—3 lat. Następnie do odmy obustronnej nadają się przypadki gruźlicy czynnej klinicznie i anatomopatologicznie ze skłonnością do rozpadu.

Przypadki gruźlicy przewlekłej ze znaczną przewagą zmian włóknistych, z rozedmą zastępczą, niedomogą mięśnia sercowego nie nadają się zupełnie do leczenia odmą obustronną.

Należy wreszcie pamiętać, że odma obustronna winna być zabiegiem pomocniczym w leczeniu ogólnem gruźlicy płuc.

Powikłania podczas odmy obustronnej nie są naogół częstsze, niż w odmie jednostronnej: stały się one rzadsze od chwili stosowania niskich ciśnień końcowych.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: *M. Kruszówna.*
Prezes: *W. Orłowski.*

† SEWERYN STERLING.

Dnia 6. VIII. b. r. zmarł w Rabce po dłuższych cierpieniach dr. Seweryn Sterling, powszechnie znany i zasłużony ftizjolog, profesor Wolnej Wszechnicy w Łodzi, długoletni prezes Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego i przewodniczący Komitetu redakcyjnego Polskiej Gazety Lekarskiej. Pogrzeb odbył się w Łodzi dnia 10. VIII. b. r. Zasłużonemu Koledze poświęci P. G. L. obszerniejsze wspomnienie w jednym z najbliższych numerów.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Komunikat Sekcji Lekarzy-Analityków Zw. Lekarzy P. P. w Warszawie. Analityka lekarska w obecnej chwili przeżywa okres krytyczny. Powstał cały szereg pracowni analiz lekarskich, które są prowadzone przez nielekarzy. Korzystając z luk ustawy, obowiązującej w byłej Kongresówce od 1889 r., powołując się na różne kursy i kilkumiesięczną praktykę, ludzie ci otwierają lekarskie pracownie analityczne i prowadzą je samodzielnie. Nie będąc lekarzami, nie są oni skrępowani ani wymaganiami etyki lekarskiej, ani zachowaniem tajemnicy zawodowej, ani przepisami o reklamie. W pogoni za zarobkiem nie cofają się czasami przed krzykliwemi ogłoszeniami i licytacją opłat za analizy. Doszło do tego, że w ostatnich czasach pojawiły się ogłoszenia, reklamujące badania moczu za cenę jednego złotego, a nawet kilkudziesięciu groszy. Jasne, że cena ta nie pokrywa nawet kosztu odczynników, które do należytego zbadania powinny być użyte, nie trudno więc się domyśleć, jaką wartość przedstawiają takie badania. Źle zrobiona analiza jest gorsza, niż żadna, bo suggerując lekarza-klinicystę, może go sprowadzić na drogę mylnego rozpoznania i mylnego leczenia. Często się słyszy, że z pośród nielekarzy, najwięcej powołani do wykonywania analiz lekarskich są ludzie obeznani z chemją. Jako motyw takiego twierdzenia jest podawany rzekomy fakt, że próby chemiczne zajmują dominujące miejsce w analityce lekarskiej. Rozumowanie to jest błędne, gdyż nie bierze pod uwagę tego, że większość badań lekarskich opiera się na serologji, mikroskopji i bakterjologji. Każdemu z nas wiadomo, że chemja nie ma zastosowania w badaniach nalotów, plwocin, ropy, wydzielin, jak również w odczynach zlepnych, próbach Wassermana, badaniu morfologji krwi, posiewach bakterjologicznych i t. d. Szereg prób biologicznych wykonywa się na zwierzętach laboratoryjnych, gdzie o wyniku badania decyduje obserwacja choroby zwierzęcia i sekcyjny obraz zmian anatomo-patologicznych. Twierdzenie więc, że chemik lub farmaceuta może kierować lekarską pracownią analityczną, jest tak samo niesłuszne, jak i to, że fizyk lub matematyk mógłby prowadzić zakład rentgenologiczny, ponieważ w zakres rentgenologji wchodzi dużo wiadomości z nauki o świetle i elektryczności. Szybki rozwój analityki lekarskiej w ostatnich latach stwarza coraz to nowe metody badań, nieraz opartych na mało jeszcze wyjaśnionych procesach fizjologicznych i patologicznych. Wymagają one od lekarza analityka stałego śledzenia postępów serologji i bakterjologji, jak również i bliskiej współpracy z kliniką. Klinicyści często się zwracają do analityków, radząc się, czy to w kwestji djagnozy, czy też w sprawach z zakresu wakcyno- i seroterapji. Współpraca analityka z klinicystą z roku na rok staje się coraz ściślejszą i dzisiaj już nie do pomyślenia jest oddział kliniczny, nie mający możności korzystania z lekarskiej pracowni analitycznej. Do tego należy dodać, że pobieranie materjału do badań wymaga znajomości anatomji, patologji, ścisłego zachowania warunków aseptyki i umiejętności udzielania pomocy pacjentowi w razie potrzeby. Czy i w tym względzie lekarzy-analityków mogą zastąpić chemicy lub przyrodnicy? Wydziały lekarskie wszystkich uniwersytetów polskich w odpowiedzi na odezwę Lwowskiego Oddziału Związku Lekarzy P. P. ogłosiły w 1930 r. komunikaty, w których kategorycznie stwierdzają, że kierownikami pracowni analiz lekarskich mogą być tylko lekarze (Nowiny Społeczno-Lekarskie Nr. 12 i 15, 1930 r.). Takie same stanowisko zajęły w tej sprawie Izby Lekarskie wraz z Naczelną. Czas więc najwyższy jasno uświadomić sobie, że analityka lekarska jest dzisiaj taką samą specjalnością lekarską, jak każda inna i nie należy stwarzać jakiegoś „felczeryzmu analitycznego" wówczas, gdy go się usuwa z kliniki. Niedawno powstała Sekcja Lekarzy-Analityków w pełni świadomości o szkodliwych skutkach, wynikających z obecnego stanu rzeczy dla medycyny polskiej, dołoży wszelkich starań o unormowanie tej sprawy w drodze ustawodawczej. Zanim to jednak nastąpi, w imię dobra chorych i w imię dobra naszej pracy lekarskiej, Sekcja zwraca się do ogółu kolegów o współdziałanie w obronie przed takim stanem rzeczy. Żądajcie analiz, wykonywanych tylko w pracowniach, prowadzonych przez lekarzy specjalistów. Wszystkie pisma lekarskie w Polsce prosimy o przedrukowanie tego komunikatu. Sekcja Lekarzy-Analityków Związku Lekarzy P. P. w Warszawie.

Wyszedł Nr. 1. Tom VI, rocznik XIV Zagadnienia Rasy. Organ Polskiego Towarzystwa Eugenicznego pod redakcją Doc. Adama Straszyńskiego. Zawiera 6 prac oryginalnych: 1) Dr. Władysław Sterling: „O hodowli genjuszów i talentów". 2) Doc. Dr. K. Stojanowski: „Rasa a państwo". 3) Dr. W. Łempicka: „O typach psychicznych młodzieży". 4) Dr. L. Wernic: „Fizjologja życia płciowego". 5) Dr. G. Bychowski: „Psychologja seksualna". 6) Dr. T. Welfe: „Opieka nad matką i dzieckiem kiłowem". II. Przegląd piśmiennictwa. III. Z Polskiego Towarzystwa Eugenicznego. IV. Wiadomości różne. Bardzo ciekawy numer jedynego pisma poświęconego Eugenice naukowej o 148 stronach z 12-ma rycinami, poleca się ze względu na taniość i wygląd zewnętrzny.

I Kurs Teorji i Praktyki z dziedziny Radjologji Lekarskiej urządzony przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne pod protektoratem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego odbędzie się w Warszawie w czasie od 19. IX. do 8. X. 1932 roku. Opłata zasadnicza za Kurs wynosi 150 zł. Uczestnicy Kursu wnoszą na ręce sekretarza Kursu zadatek w kwocie 50 zł najpóźniej do dn. 15. IX. 1932 r. Po rozpoczęciu Kursu uczestnicy będą mogli otrzymywać od sekretarza karty uczestnictwa, które będą uprawniały do uzyskania zniżek kolejowych w drodze powrotnej. Po ukończeniu Kursu uczestnicy otrzymają zaświadczenie z jego odbycia. We wszystkich sprawach organizacyjnych Kursu (mieszkanie, pensjonat i t. d.) zwracać się należy do sekretarza Kursu dr. B. Kryńskiego, Warszawa, ul Zielna, 11, tel. 675-78.

Lwów.

Odpis. Do Szanownego Zarządu Okręgu lwowskiego Z. L. P. P. Dochodzą nas wieści, że w najbliższej przyszłości, w związku z przekształceniem Sanatorjum K. Ch. we Lwowie na ul. Kurkowej na Szpital K. Ch. mają być tamże kreowane trzy posady prymarjuszów oddziałów, z płacami około 1000 zł miesięcznie. Zarząd Obwodu lwowskiego na zebraniu odbytem w dniu 14 b. m. uchwalił zwrócić się do Zarządu Okręgu z prośbą, by tenże wedle swego uznania pwziął odpowiednie kroki u czynników miarodajnych, ażeby miast trzech prymarjatów kreowano większą ilość tychże n. p. dwa chirurgiczne, dwa położniczo-ginekologiczne i dwa wewnętrzne, każdy z mniejszą ilością łóżek i naturalnie z mniejszą płacą, a to celem stworzenia większej ilości warstatów pracy lekarskiej co, jak doświadczenie poucza, będzie z wielką korzyścią dla chorych leczących się oraz dla nauki lekarskiej a ponadto zapewni większej ilości lekarzy jako taką podstawę bytu materjalnego. Ponadto prosimy z wyżej wymienionych powodów o wpłynięcie na odpowiednie czynniki, by żaden z lekarzy, posiadający już jakąś poważniejszą i zarazem odpowiedzialniejszą posadę, nie mógł być mianowany na te stanwiska prymarjuszy szpitala K. Ch. chyba że zrezygnuje z posady dotychczas zajmywanej. Sekretarz: *Dr. Krzyżanowski.* Przewodniczący: *Dr. Węgrzynowski.*

Zmarli:

Dnia 22. VI. b. r. zmarł w Kopenhadze prof. dr. Bernhard Bang, lekarz weterynaryjny, z którego nazwiskiem związana jest nazwa zarazka, wywołującego zakaźne ronienie u krów (pałeczka ronienia zakaźnego) tudzież zmiany chorobowe, występujące u ludzi po zakażeniu tym drobnoustrojem (choroba Banga). Zmarły położył też wielkie zasługi w organizacji zwalczania gruźlicy u bydła.

Redakcja otrzymała:

Rassegna internazionale di clinica e terapia, anno XIII, nr. 11 i 12 1932.

El dia médico, czasopismo wychodzące w Buenos Aires, nr. 46, z roku 1932.

W. Ziembicki: Katalog Wystawy Polskiej Książki Kynologicznej. Lwów 1932.

Bulletin de Association pour le dévelopement des relations médicale entre la France et les pays etrangers, nr. 15, juillet 1932.